

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Marek Mičke

Působení filmů na prožívání a jejich využití v terapii deprese

The effect of films on human experience and its use in the therapy of depression

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Poděkování

Zde bych chtěl zprvu poděkovat vedoucí této práce, PhDr. Kataríně Lonekové, PhD., za to, že mi poskytovala velmi cenné vedení ve chvíli, když jsem nevěděl kudy dál, a rady ve chvíli, kdy jsem nevěděl jak dál. Dále děkuji všem respondentkám, které věnovaly velké množství volného času a energie tomuto výzkumu i přesto, že mnohdy sdílely nepříjemné zážitky. Děkuji i MUDr. Ing. Aleši Urbanovi, Ph.D., který dopomohl s hledáním respondentů a Mgr. Mojmíru Sedláčkovi, který mi pomohl s výběrem tématu.

Zejména však děkuji své rodině za neutuchající podporu. Svým třem dětem za to, že tlumily svůj křik, když si za mnou během mého psaní hrály, a své ženě za to, že se jim krásně věnovala, když už křičely moc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 14. dubna 2021

Marek Mičke

Klíčová slova (česky)

Filmy, terapie, deprese, filmová terapie, interpretativní fenomenologická analýza

Klíčová slova (anglicky):

Movies, therapy, depression, cinematherapy, interpretative phenomenological analysis

Abstrakt (česky)

Tématem práce je působení filmové terapie na prožívání osob s depresivními symptomy. Jejím cílem je zjištění toho, jaké emoční prožitky vyvolají filmy u identifikovaných osob a jestli tyto nalézají na filmové terapii nějaká rizika či nějaké přínosy. V rámci teoretické části se nejprve zaměřujeme na terapii filmem, její počátky, empirické ukotvení, definice a její aplikaci se zaměřením na její účinky. Dále pojednáváme o depresi a jejích symptomech, které blíže prozkoumáváme, i na to, jaké jsou možnosti léčby depresí, přičemž vycházíme z MKN-10. V této části se zaměřujeme i na poslední poznatky ohledně možnosti léčby depresivních symptomů pomocí terapie filmem. Následuje empirická část, která je zaměřena kvalitativně. Na základě analýzy semistrukturovaných rozhovorů se šesti respondentkami, které v posledních pěti letech subjektivně prožívaly depresivní symptomy, jež jsou nyní v remisi, jsme hledali odpovědi na identifikované výzkumné otázky. Výsledky bádání jsou zaneseny v poslední části empirické práce, kde jsou diskutovány a srovnávány s dosavadními výsledky výzkumů na toto téma a literaturou. Následně jsou probrány další možnosti, kam se může výzkum v tomto směru ubírat.

Abstract (in English):

Our topic of this work is the effect of film therapy on the experience of people with depressive symptoms. Its aim is to find out what emotional responses films evoke in people with depressive symptoms and whether they find any risks or benefits in film therapy. In the theoretical part, firstly we focus on film therapy itself, its origins, empirical anchoring, definition and its application with a focus on its effects. We also discuss depression and its symptoms, which we examine in more detail, as well as the current treatment options for depression, based on ICD-10. In this section, we also focus on the latest findings regarding the possibility of treating depressive symptoms through film therapy. The empirical part follows, which is focused qualitatively. Based on the analysis of semi-structured interviews with six respondents who have subjectively experienced depressive symptoms in the last five years, we are now looking for answers to the identified research questions. The results of the research are described in the last part of the empirical work, where they are discussed and compared with previous research results on this topic and the literature. Subsequently, other possibilities of potential following researches are discussed.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| TEORETICKÁ ČÁST | 3 |
| 1. TERAPIE FILMEM | 4 |
| 1.1 POČÁTKY FILMOVÉ TERAPIE | 4 |
| 1.1.1 <i>Srovnání s biblioterapií.....</i> | <i>4</i> |
| 1.1.2 <i>První výzkumy</i> | <i>6</i> |
| 1.1.3 <i>První využití v terapii.....</i> | <i>7</i> |
| 1.1.4 <i>První operacionalizace</i> | <i>8</i> |
| 1.2 DEFINICE TERAPIE FILMEM | 10 |
| 1.3 VYUŽITÍ TERAPIE FILMEM | 12 |
| 1.3.1 <i>Empirické ukotvení.....</i> | <i>13</i> |
| 1.3.2 <i>Základní předpoklady</i> | <i>14</i> |
| 1.3.3 <i>Cílová skupina.....</i> | <i>16</i> |
| 1.4 APLIKACE | 18 |
| 1.4.1 <i>Kdy neužívat cinematerapii.....</i> | <i>19</i> |
| 1.4.2 <i>Výběr filmu.....</i> | <i>21</i> |
| 1.4.3 <i>Kdy a kolik?</i> | <i>23</i> |
| 1.4.4 <i>Participace klienta</i> | <i>25</i> |
| 1.4.5 <i>Proces.....</i> | <i>26</i> |
| 1.5 ÚČINKY TERAPIE FILMEM | 28 |
| 1.5.1 <i>Behaviorální.....</i> | <i>29</i> |
| 1.5.2 <i>Emocionální</i> | <i>30</i> |
| 1.5.3 <i>Kognitivní.....</i> | <i>31</i> |
| 2. DEPRESE | 33 |
| 2.1 DEPRESIVNÍ SYMPTOMY..... | 33 |
| 2.2 LÉČBA DEPRESÍ | 36 |
| 2.3 DEPRESE A FILMOVÁ TERAPIE | 38 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 44 |
| 1. ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA | 45 |
| 1.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 46 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 1.2 | MODIFIKACE VÝZKUMU | 48 |
| 1.3 | POUŽITÉ METODY..... | 49 |
| 1.4 | ETIKA..... | 51 |
| 2. | RESPONDENTI | 54 |
| 2.1 | SBĚR DAT | 57 |
| 2.2 | ROZHOVORY..... | 58 |
| 3. | FILMY | 61 |
| 3.1 | OBYČEJNÍ LIDÉ (1980) | 62 |
| 3.2 | HODINY (2002) | 66 |
| 4. | RELIABILITA A VALIDITA VÝZKUMU | 73 |
| 5. | VÝSLEDKY ROZHOVORŮ..... | 75 |
| 5.1 | VĚRNOST DEPRESIVNÍCH SYMPTOMŮ | 76 |
| 5.1.1 | <i>Depresivní nálada</i> | 76 |
| 5.1.2 | <i>Příčina</i> | 78 |
| 5.1.3 | <i>Vztah s terapeutem</i> | 79 |
| 5.1.4 | <i>Somatická symptomatika</i> | 81 |
| 5.2 | IDENTIFIKACE S POSTAVAMI..... | 82 |
| 5.2.1 | <i>Suicidální tendence</i> | 83 |
| 5.2.2 | <i>Emoce a behaviorální projevy</i> | 84 |
| 5.2.3 | <i>Rodinné vztahy</i> | 86 |
| 5.2.4 | <i>Přítež a maska</i> | 89 |
| 5.3 | ODSTUP OD POSTAV | 91 |
| 5.3.1 | <i>Pohled do minulosti</i> | 91 |
| 5.3.2 | <i>Nadhled</i> | 93 |
| 5.4 | EMOČNÍ PROŽITKY | 94 |
| 5.4.1 | <i>Úzkost</i> | 94 |
| 5.4.2 | <i>Smutek</i> | 96 |
| 5.4.3 | <i>Vzteky a frustrace</i> | 96 |
| 5.4.4 | <i>Úleva a dojetí</i> | 98 |
| 5.4.5 | <i>Ambivalence</i> | 100 |
| 5.5 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 101 |
| 5.5.1 | <i>Ne v akutní fázi</i> | 102 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 5.5.2 | <i>Film jako edukace</i> | 103 |
| 5.5.3 | <i>Otevírání podnětů</i> | 104 |
| 5.5.4 | <i>Jaký film?</i> | 106 |
| 5.5.5 | <i>Film jako úleva</i> | 107 |
| 6. | ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 109 |
| 6.1 | JAKÝ EMOČNÍ PROŽITEK VYVOLÁVAJÍ ZVOLENÉ FILMY S TEMATIKOU DEPRESÍ U OSOB, KTERÉ SUBJEKTIVNĚ PROŽÍVALY DEPRESIVNÍ SYMPTOMY? | 109 |
| 6.2 | JAKOU PŘEDSTAVU MAJÍ RESPONDENTI O MOŽNÉM VYUŽITÍ FILMU V RÁMCÍ TERAPIE? | 110 |
| 7. | DISKUZE | 112 |
| 8. | ZÁVĚR | 120 |
| 9. | BIBLIOGRAFIE | 122 |
| | PŘÍLOHA 1. INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU | I |
| | PŘÍLOHA 2. NABÍDKA SPOLUPRÁCE NA VÝZKUMU..... | II |
| | PŘÍLOHA 3. VÝZVA NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH..... | III |

Seznam zkratk

| | |
|--------|---|
| PTSD | <i>Posttraumatic stress disorder</i> |
| IPA | <i>Interpretative phenomenological analysis</i> |
| BDI | <i>Beck depression inventory</i> |
| MKN-10 | Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. verze |
| DSM-V | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Pátá verze</i> |

Předmluva

Práce se zabývá působením filmů na prožívání lidí s depresivními symptomy skrze filmovou terapii. Toto téma jsem vybral, poněvadž mě zajímá možné využití tak masově rozšířeného média, jakým je film, na poli psychologickém. V zahraničí se jedná o poměrně často užívanou metodu v terapeutickém procesu, kdežto v České republice filmová terapie není tak proklamovaná. Zároveň jsou filmy mým velkým koníčkem. Rozhodl jsem se tedy věnovat tomuto tématu a v rámci kvalitativního šetření zjistit, jak filmy působí na respondenty s depresivními symptomy.

Naše práce se částečně odchýlila od původního zadání. Záměrem bylo probandy vybrat skrze spolupráci s institucemi a psychiatry, nicméně epidemická situace v zemi toto znemožnila. Proto jsme přestoupili k oslovování respondentů přes sociální sítě. Dále jsme nemohli pracovat s respondenty, u nichž by byla potvrzena diagnóza depresivní poruchy, proto jsme výzkum modifikovali na práci s klienty, kteří subjektivně prožívají depresivní symptomy. Rovněž jsme nemohli uskutečnit původně plánovaná skupinová promítání s následnou diskuzí, proto jsme vše převedli do online podoby. V rámci zjednodušení celého procesu jsme zredukovali počet filmů ze tří na dva, a tyto filmy byly vybrány na základě literatury na toto téma.

V kapitolách se věnujeme nejprve filmové terapii a tomu, jak působí na naše emoce, kognici a behaviorální složku. Představujeme to, jak se filmová terapie v praxi běžně aplikuje a k čemu se užívá. Dále se zaměřujeme na deprese, popisujeme depresivní symptomy a aktuální možnosti léčby depresivních symptomů. Následně představujeme současné poznatky o aplikaci filmové terapie v léčbě depresí. Následuje samotná empirická část mířící na prozkoumání toho, jak filmy působí po emoční stránce na respondenty, a dále od těchto respondentů zjišťuje jejich názor na filmovou terapii, jestli v ní vidí přínosy či rizika. Tyto výsledky jsou dále diskutovány a srovnány s literaturou.

V rámci literatury jsme pracovali s aktuálními zdroji z posledních let vyjma kapitol o počátcích filmové terapie. V naší zemi se nám povedlo na toto téma nalézt pouze publikaci od Stejskalové (2020), proto pracujeme hlavně s literaturou zahraniční. Tuto citujeme dle posledního vydání citační normy APA.

Úvod

Film působí u člověka na stránku emocionální, behaviorální i kognitivní. Je přijímán jako masové medium a jeho sledování tvoří velkou část volného času mnohých z nás. Zároveň může předávat prakticky jakýkoliv příběh, představit kterýkoliv charakter v interakci s nekonečně mnoha dalšími postavami, a to během velmi krátkého času a levně. Proto není divu, že nachází své uplatnění na poli psychoterapie (Solomon, 2001).

První uplatnění filmu v terapii se objevuje po druhé světové válce. V této době se hledají potenciální způsoby jak zlepšit psychický stav vojáků navrátilých se z války a ukazuje se, že filmy mohou poskytnout vítanou úlevu od tíživých pocitů (Katz, 1947; MacMullan, 1946). Následně se v průběhu osmdesátých let terapeuti začínají přiklánět k této metodě, jsou popsány kazuistiky, kdy se využívají filmy pro řešení problému v individuální terapii, jako jsou traumata z války nebo nezvládání vlastních agresivních tendencí (Frueh, 1995; Christie & McGrath, 1989). Opravdový boom ale nastává s přelomem milénia, kdy se objevují první ucelené publikace a výzkumy.

Tyto výzkumy stanovují některé klíčové procesy, které by měly během sledování filmu nastat. Jsou jimi například identifikace s postavami, ale zároveň získání potřebného odstupu od problematiky (Berg-Cross et al., 1990). Díky identifikaci s postavami je následně možné se do nich empaticky vcítit a sdílet s nimi emoční prožitky. Tento proces umožňuje využívat filmovou terapii v mnoha oblastech psychoterapie, ať už je to individuální terapie či rodinné poradenství.

Filmy mají velmi široké pole působnosti. Z kognitivního hlediska můžeme vyzdvihnout jejich edukativní funkci, kdy filmy mohou představit symptomy určité nemoci někomu, kdo se s ní ještě nesetkal. Užitečné jsou také ve skupinové terapii, kde se užívají pro podnícení diskuze (Bertolino, 2001; Glasser, 2000). Filmy také mohou umožnit klientům, aby byli v kontaktu se svými emocemi – díky představení těchto emocí ve filmu a zmíněné identifikaci s danou postavou je posléze snazší své emoce pojmenovat a mít na ně náhled (Moore, 1998; Schulenberg, 2003). V neposlední řadě mohou filmy člověka ovlivňovat i z behaviorálního hlediska – díky filmům je snazší osvojit si nové behaviorální návyky,

případně získat náhled na své vlastní jednání (Hesley & Hesley, 1998; Rosenthal & Steffek, 1991).

V návaznosti na tato zjištění si tedy tato práce klade za cíl objasnit to, jaké emoční prožitky filmy vyvolávají a jestli respondenti seznávají nějaká rizika či přínosy filmové terapie. Zaměřili jsme se na emoce a částečně i na kognici, třetí složku, tedy behaviorální, by bylo obtížné změřit v tak krátkém čase.

V rámci bádání jsme zvolili depresivní symptomatiku. Chtěli jsme pracovat s lidmi, kteří se léčili či léčí s depresivní poruchou, protože jsme plánovali spolupráci s psychiatrickými institucemi a psychiatry v individuální praxi, nicméně do výzkumu vstoupila pandemie nemoci covid-19, která znemožnila uskutečnit původní plán kvůli obtížné komunikaci a upřednostnění ochrany klientů před spoluprací se studenty, což je naprosto pochopitelné. Proto jsme respondenty sháněli přes sociální sítě formou sebevýběru a zaměřujeme se na osoby, které subjektivně prožívaly depresivní symptomy.

V rámci naší práce se zabýváme i teoretickým pojednáním o depresivních symptomech. Nechceme problematiku depresí obsáhnout v celé její šíři, ale zaměřujeme se pouze na ty aspekty, které mají co říci k našemu výzkumu. Proto nejprve představujeme depresivní symptomatiku, následně se zaměřujeme na možnosti léčby a v neposlední řadě předznamenáváme náš výzkum tím, že dáváme do souvislosti léčbu zmírňování depresivních symptomů a filmovou terapii.

Pro tento výzkum jsme zvolili kvalitativní přístup. Řiháček a další k těmto výzkumům poznamenávají, že v konečném důsledku je nejdůležitější to, jestli výsledky výzkumy poskytují zajímavá či užitečná data (2013). Proto chceme touto prací přispět k rozšíření povědomí o filmové terapii v České republice. Zároveň chceme ukázat to, že filmová terapie může nacházet uplatnění i u tak náročné problematiky, jako jsou depresivní stavy, a to tím, že představíme, jak filmy působí na lidi s těmito symptomy a jakou mají tyto lidé představu o možném využití.

Teoretická část

1. Terapie filmem

Počátky terapie filmem, jinak zvané cinematerapie, jsou poměrně jasně identifikovatelné, stejně tak její výchozí body. V rámci pojednání o jejím zrodu nelze nezmínit biblioterapii, z jejíhož základu filmová terapie vychází. Jako každá jiná pomocná terapeutická metoda, i ta námi zkoumaná za poměrně krátkou dobu své existence prošla určitým vývojem. Bylo na ní nahlíženo z mnoha různých úhlů, zkoumaly se její možné účinky, výhody a nevýhody, aby během pár desítek let, kdy je tato metoda na světě, vykryštovala do podoby, ve které je užívána v současnosti. Nechť je následující kapitola pojednáním o těchto počátcích a základních výchozích bodech terapie filmem.

1.1 *Počátky filmové terapie*

1.1.1 Srovnání s biblioterapií

Pojem cinematerapie byl poprvé použit v rámci výzkumu psychologek Berg-Crossové a dalších (1990). Ty v prvním pojednání o daném tématu vycházely zejména z biblioterapie. Právě tyto dvě pomocné terapeutické metody spolu úzce souvisí. Díky nepoměrně delší době, po kterou s námi médium biblioterapie existuje ve srovnání s médiem terapie filmem, je však biblioterapie mnohem hlouběji zakořeněná v myslích terapeutů jako užitečná metoda k využití v rámci léčení pacientů. Podle řeckého historika Sicula se již ve 13. století př. Kr. skvěl nad knihovnou krále Ramsese II. napsal „*Zde se léčí duše.*“ (Lutz, 1978). Toto motto zdá se býti pro biblioterapii velmi přiléhavé.

V nejryzejší podobě své definice je biblioterapie čtením knih pro řešení aktuálních problémů, které člověka tíží (Lehr, 1981). Klíčové pojmy pro pochopení toho, jaký může mít biblioterapie účinek, jsou *identifikace*, *katarze* a *porozumění*. Díky *identifikaci* s hrdinou příběhu získává čtenář alternativní formu náhledu na vlastní problém. Pokud je identifikace dostatečně silná, tj. pokud je příběh zvolen správně, čtenář se do příběhu snáze vcítí a na konci knihy může dojít k inspiraci, jak najít řešení vlastního tématu, tedy *katarzi* pomocí uvolnění emočního napětí. Tento proces vede v ideálním případě k lepšímu porozumění vlastnímu problému a následně ke změně vlastního přístupu či chování (McKenna, Hevey, & Martin, 2010).

Důvod, proč je v této práci výše zmíněný proces zmiňován, je ten, že ho lze takřka doslovně převzít, pokud bychom knihu vyměnili za film. Prostřednictvím filmu hltáme příběhy postav, stejně jako lačně přijímáme jejich osudy z papírových stránek knihy. Toho si všimly i výzkumnice, které se poprvé vědecky zaměřily na spojení psychoterapie a světa přeneseného na plátno filmu. Tyto procesy následně identifikují jako důležité i ve filmové terapii. O jejich průlomu pojednáme o pár řádek níže.

Obě tyto metody stojí na podobných klíčových principech. Jejich účelem je zlepšit náhled na problém, který klient řeší v rámci terapie. Pomocí vhodně zvolené knihy, která řeší téma pro klienta aktuální, se klient dokáže podívat na problém pohledem třetí osoby. Pozoruje paralely mezi svým příběhem a literárním dílem. Mnohdy mu příběh v knize může poskytnout i možné řešení jeho problému.

Biblioterapie však není bez nevýhod. Přečíst knihu trvá minimálně několik dní, spíše týdnů. Často se stává i to, že pacienti nejsou zvyklí na četbu dlouhých románů, přestože právě obsáhlost popisu tématu a problému by mohla být v terapii žádoucí (Marrs, 1995). Mnozí výzkumníci dokonce upřednostňují využití filmu před knihou (Lanza, 1996; Newton, 1995; Wedding & Niemiec, 2003), pro což uvádějí i několik důvodů. Tím hlavním je to, že s filmem se většina klientů setkává výrazně častěji než s knihou (Zhu et al., 2015), i když je otázkou, do jaké míry je upřednostňování filmu před knihou kulturně či demograficky podmíněno. Digitální technologie jsou však v dnešním světě natolik rozšířeny, že by bylo velké mrhání je nevyužívat terapeuticky, neboť tato sféra nabízí velkou škálu možností (Kulka, 2008). Jako další výhodu oproti knize výzkumníci uvádějí větší emocionální dopad na klienty a snazší identifikaci s postavami. Je nutno zmínit, že tyto argumenty jsou podloženy většinou osobní zkušeností výzkumníků, nikoli validními výzkumy. Proto lze namítnout, že například identifikace s postavami může být naopak snazší skrze knihu, neboť s postavou trávíme nepoměrně delší dobu, můžeme nahlédnout do jejích myšlenek a snáze tak odhalíme i vnitřní motivaci postav.

Newton (1995) k tomuto ještě trefně poznamenává, že terapie filmem má široké možnosti užití zejména u dětí a dospívajících. Zvláště tato skupina totiž inklinuje k pravidelnému sledování filmů a televize, proto je výhodné tuto významnou část jejich programu už jen přetavit v něco pozitivního a užitečného.

Ve srovnání s biblioterapií je terapie filmem výrazně méně náročná z hlediska časové investice a energie, kterou je potřeba činnosti věnovat (Lanza, 1996). Objevují se proto i názory, že terapie filmem je na rozdíl od biblioterapie jen pasivním přijímáním vjemů a informací, kdežto v rámci terapie knihou je třeba mnohem aktivnější přístup. V této oblasti ale není vhodné ani jedné z metod přikládat větší potřebu pasivity či aktivity, neboť ani u filmu nestačí jen sledovat, přijímat a čekat, jestli zapůsobí (Hesley & Hesley, 1998).

Přestože filmové médium na sebe lidé nechávají působit už od přelomu 19. a 20. století, první myšlenky na využití filmu v terapii se objevily až několik desítek let poté, co byly první černobílé snímky promítnuty na plátno. V tu dobu se samozřejmě jednalo spíše o atrakci pro jednotlivce, první kina pro veřejnost a s tím spojené zástupy lidí hrnouce se do biografů bývají spojovány až se *Zlatým věkem kin*, tj. počátkem 30. let 20. století (Thompson & Bordwell, 2009).

1.1.2 První výzkumy

Stejně jako na poli inteligenčních testů se průkopníkem v oblasti užívání filmů v psychologii stala armáda. Vojákům navrátilším se z fronty se promítaly filmy pro uklidnění a pozvednutí ducha, stejně tak se novým kadetům promítaly instruktážní snímky ohledně toho, jak zvládat těžko představitelný stres na bojišti (Katz, 1945). A přestože výzkumy, které poprvé pracují s diagnózou posttraumatické stresové poruchy, se poprvé objevují až počátkem padesátých let dvacátého století v souvislosti s Korejskou válkou (Andreasen, 2010), psychiatrická zařízení pracují s pacienty s touto poruchou už mnohem dříve.

Těmto pacientům samozřejmě PTSD ještě nemohla být diagnostikována, nicméně v rámci jejich léčby se na mnoha místech používaly právě filmy, které jim pomáhaly lépe zpracovat jejich otřesné zážitky (Katz, 1947; MacMullan, 1946). Nezávisle na těchto zjištěních se koncem čtyřicátých let objevují výzkumy, kde se prakticky náhodou odhalilo možné využití filmů jako užitečného nástroje v léčbě pacientů. Berman (1946), který původně pouštěl pacientům hospitalizovaným na psychiatrickém oddělení filmy jako odměnu za dobré chování, si všiml, že pacienti po této odměně vykazují vhodnější behaviorální vzorce, jsou klidnější a kooperativnější v rámci skupin i individuálních terapií.

S technologickým rozvojem se vyskytlo několik studií pojednávajících o možném využití filmu na poli psychologie. Jedna z nich se zabírala filmy a jejich využitím nikoli pro klienty, ale pro opačnou stranu barikády, tedy pro terapeutů, jmenovitě pro studenty. Studie zkoumala, jak úspěšně si povedou filmy ve vzdělávání studentů a věrného zobrazování daných diagnóz. Jde například o představení PTSD skze film *Lovec jelenů* (1978) či paranoidní stavy filmem *Invaze zlodějů těl* (1978). Výsledky naznačují, že pro studenty jsou filmy užitečnou metodou jak diagnózy správně pochopit, zejména díky předvedení toho, jak se v praxi opravdu projevují (Fleming et al., 1990). Samozřejmě toto platí pouze za předpokladu, že film dané onemocnění zobrazuje věrně. Zvlášť přihlédneme-li k tomu, že velká část filmů představuje nejen diagnózy, ale i metody užívané terapeutů naprosto nereálnou a zavádějící formou. Jde například o elektrokonvulzivní terapii na straně metod či schizofrenii na straně poruch (Schultz, 2005).

1.1.3 První využití v terapii

Výzkumy se objevily i na témata využití filmů přímo v terapii, jednalo se však vždy o kazuistiky, kde byl klientovi doporučen konkrétní film pojednávajícím o jeho problému. Jedná se například o kazuistiku jedenáctiletého chlapce, který měl problémy s agresivním chováním vůči svému okolí a nedokázal ovládat svůj vztek (Christie & McGrath, 1989). Psychologové mu pomohli lépe zvládat jeho agresivní projevy pomocí filmu *Karate Kid* (Avildsen, 1984).

Zajímavým případem, kde byl poprvé použit film ve skupinové terapii, je popis skupiny adolescentů připravujících se na návrat do běžného života po léčebném pobytu na psychiatrickém oddělení (Duncan et al., 1986). Tato kazuistika využívá filmu *Ordinary people* (Redford, 1980), který je následně využit i níže v rámci empirické části této práce. V osmdesátých letech se rovněž objevuje první výzkum, který se filmem a psychologií zabírá i z kvantitativního hlediska (Adams & McGuire, 1986). Jde však o výjimku, která bude několikrát opakována vždy až s odstupem jedné dekády, zmíníme ji i v podkapitole níže.

Z nezvyklé perspektivy ke zkoumání přistoupili i v kazuistice, která připodobňuje hororové snímky a jejich působení na adolescenty k podobnému efektu, jaký mají pohádky na děti mladšího školního věku. Hrdina či hrdinka musí v každé pohádce překonat nějakou

překážku, která je náročná. To v dětech vyvolává úzkost, která je následně ventilována šťastným koncem pohádky. Děti si díky tomu úzkost osahají, naučí se poznávat její projevy a nevědomě si osvojují copingové mechanismy (Savina et al., 2011). Podobně přemýšleli i Turley a Dreyden (1990), kteří v hororu viděli možnost, jak dospívajícího chlapce zbavit napětí. Zároveň ale pozorovali, že klient se díky hororu a identifikaci jak s oběťmi tak s pachatelem přestal bát toto téma otevřít. Paralely ve filmových postavách mu dodaly náhledu na vlastní problém, což ani sami výzkumníci nepředpokládali. Není náhodou, že o něco později vychází v témž roce článek psychologek, které se terapii filmem rozhodly probádat podrobněji (Berg-Cross et al.). Při pohledu na historický vývoj je však s podivem, jaká doba uběhla od prvního masového sledování filmů k prvním myšlenkám na jejich využití v psychoterapii. Zejména s přihlédnutím k tomu, že psychoterapie a filmy spolu koexistují a měly možnost se vyvíjet po zhruba stejně dlouhou dobu.

1.1.4 První operacionalizace

Výše zmiňovaný článek poprvé nepracuje s filmovou terapií jako s „kuriozitou“, ale operacionalizací jejího efektu a zásadních předpokladů pro správnou aplikaci intervence udává směr ostatním badatelům. V tomto článku autorky vycházejí ze společných průsečíků biblioterapie a terapie filmem. Druhou definují jako pomocnou terapeutickou metodu. Během ní terapeut vybere filmy tak, aby korespondovaly s tématem, které řeší klient. Tyto filmy klient v určité fázi terapie shlédne. Efekt může být dvojího typu:

- Přímý terapeutický efekt – zde se může jednat jak o zklidnění klienta v danou chvíli, tak o prostou činnost, která klientovi umožní se na chvíli zaměstnat něčím jiným než řešením vlastních problémů
- Podnět k další diskuzi v rámci celého terapeutického procesu, příp. otevření tématu u klienta jinou formou než ze strany terapeuta

V rámci rešerše provedené na svých klientech určily výzkumnice několik specifitějších výstupů, které mohou být užitečné v rámci terapie filmem. Pokud je film vhodně zvolen (a toto je kritérium velmi důležité, objevující se napříč všemi výzkumy), může klientovi pomoci s náhledem na vlastní dilemata či hlubším porozuměním vlastní osobnosti.

Společná debata nad filmem také pomáhá zpevnit kontakt mezi terapeutem a klientem. To platí zejména za předpokladu, že pro klienta je sledování filmu příjemnou aktivitou. Doslova tento fenomén pojmenovávají jako „*most mezi klientovým strachem a terapeutovou empatií*“ (Berg-Cross et al., 1990, s. 138). Dále byla v rámci tohoto výzkumu dána filmová terapie do souvislosti s biblioterapií a proces identifikace byl určen jako klíčový pro úspěšnou aplikaci terapie.

Studie těchto výzkumnic však spíše jen rozvířila vody zájmu o toto téma. Opravdové vlnobítí přinesla publikace s nadmíru dlouhým názvem *The Motion Picture Prescription: Watch This Movie and Call Me in the Morning: 200 Movies to Help You Heal Life's Problems* od psychologa Solomona (1995).

Spíše než vědeckou publikací se všemi náležitostmi je však jeho kniha soupisem doporučených filmů pro využití filmové terapie u konkrétních témat. Publikace nabízí na 200 filmů pro konkrétní okruhy problémů, které mohou klienti řešit. Jedná se například právě o deprese, ale i kompulzivní chování, problémy s alkoholem či problémy v dospívání. Nebojí se ale ani tak závažných případů, jako jsou doporučené filmy pro pacienty s diagnostikovanou schizofrenií či poruchou autistického spektra. Přestože se tedy jedná o poměrně útlou publikaci, dokázal Solomon mimo dvě stě doporučených filmů do knihy vměstnat i velké množství způsobů, kdy lze terapii filmem uplatnit.

Nadto přidává i několik tipů, jak filmy v rámci terapie využívat. Zde se však projevují zásadní nedostatky toho, že se jedná spíše o literaturu populárně naučnou. Nabízí tipy veskrze povrchní, které nejsou nikterak vědecky podložené a vycházejí výhradně z kazuistik a osobní zkušenosti Solomona. Jde například o doporučení, aby terapeut neukládal klientovi větší množství filmů, než je nezbytně nutné, případně aby terapeut před nabídnutím této metody konkrétní film sám shlédl (Solomon, 1995). Rady jsou to jistě užitečné, pravděpodobně se však prolínají s tím, jak by k této metodě automaticky přistupoval každý terapeut.

I v této šíři a „neodbornosti“ knihy lze ale spatřit určité výhody. Bližší umístění na ose vědeckosti směrem k populárně naučné formě předání poznatků možná mělo za následek masové rozšíření této publikace a nevratné uložení terapie filmem do mysli jak široké veřejnosti, tak badatelů na poli psychologie. Nutno také podotknout, že sám Solomon ve své

knize vysvětluje svůj záměr tak, že se nejedná o publikaci empiricky podloženou, ale spíše o doporučení i pro laickou veřejnost. Přes svou nevědeckost však tuto knihu v této práci nelze nezmínit, neboť stála na počátku opravdu širokého zájmu o cinematerapii. V roce 2004 při výzkumu mezi více než osmi stovkami amerických psychologů 67% z nich uvedlo, že filmy používá jako nástroj pro uzavření terapeutického tématu (Lampropoulos et al., 2004). Další výzkumníci, kteří se tímto tématem zabírali, se již vydávali akademičtější cestou.

Je třeba říci, že terapie filmem je na vzestupu. Jeví o ní zájem stále větší množství výzkumníků. Právě jejich poznatky z posledních let nejsou probrány v této kapitole, ale pojednává o nich subkapitola, která se zabývá léčbou depresí, neboť úzce souvisí s empirickou částí této práce.

1.2 Definice terapie filmem

Jelikož se nacházíme na akademickém poli, nelze se vyhnout pokusu o definování samotného pojmu klíčového pro tuto práci. Každý z vědců pokoušejících se v pár krátkých větách popsat, co cinematerapie je, k ní přistupoval z trošku jiného pohledu, proto bude tato kapitola krátkým shrnutím poznaného pro snazší náhled na to, co dělá cinematerapii cinematerapií.

Nejokleštěnější popis najdeme v medicínském slovníku (2011), kde metodu popisují jako formu terapie či sebebomoci, která užívá filmy, zejména videa, jako terapeutické nástroje. Zajímavé je, že v definici jsou rovnou popsána i možná užití metody – může sloužit jako katalyzátor pro otevření těžkého tématu, inspirace pro hledání řešení problému či uvolnění emocí. Dle slovníku se tedy jedná se o inovativní metodu založenou na tradičních terapeutických přístupech.

Zajímavé je, že tak široká publikace, jakou je slovník, se zaměřuje i na velmi konkrétní aspekty cinematerapie, které naopak jiné podrobnější výzkumy zcela opomíjejí. Přesto se jedná o velmi důležitou součást metody, která je klíčová pro úspěch. Jde o potřebu *vědomého* sledování filmů. Nelze si film jen pustit, pasivně přijímat vjemy a nechat ho na sebe působit. Je potřeba se aktivně zapojit, soustředit se na dané aspekty filmu a dávat do širších souvislostí s vlastními pocity, vlastním chováním či zkušenostmi. Slovník toto

neopomíjí, podobně jako základní charakteristika terapie filmem z konce tisíciletí (Hesley & Hesley, 1998). Ta ukazuje na to, že klasické sledování filmů, které je běžné u většiny uživatelů, je spíše zábavná činnost, která zdaleka nemá takový efekt jako „terapeutický“ způsob sledování filmu. Metodu definují jako užívání filmů pro usnadnění porozumění sobě samému a pro představení nových možností, jak řešit své problémy.

V návaznosti na tuto studii se o pár let později objevuje další definice (Hébert & Speirs Neumeister, 2001), která jde dokonce tak daleko, že cinematerapii nazývá i termínem *guided viewing*. Dle těchto výzkumníků by sledování snímku mělo probíhat i za přítomnosti terapeuta, který by facilitoval porozumění důležitých momentů z filmu, klienta by na ně měl upozornit a měl by i pomoci si právě z těchto momentů vzít inspiraci. V ideálním případě by tedy nebylo možné zadávat klientům filmy jako domácí úkoly, neboť promítání musí být přítomni jak klient, tak terapeut.

Terapeut v případě společného promítání musí být připraven řešit možné silné emoční stavy u klienta. Je možné toto společné promítání využít ke sběru dat v reálném čase, kdy stopujeme důležité momenty ve filmu a ptáme se klienta na jeho současné prožívání či myšlenky. Doporučuje se začínat s otevřenými otázkami pro podnícení kognitivních procesů a následně se doptat otázkami uzavřenými. To pomáhá klientovi dojít vlastního poznání pod vedením terapeuta (Bertolino, 2001; Hesley, 2000).

Za klíčový aspekt pro definování terapie filmem považuje uvědomělé sledování filmu i definice z roku 2010 (Sharp et al.), která zahrnuje i propojování zkušenosti klienta s tím, co se odehrává ve filmu. To podle výzkumnic pomáhá zvyšovat klientovu rezistenci vůči náročným tématům a tím je snáze otevírat. A jak již bylo zmíněno výše v souvislosti s komparací biblioterapie a filmové terapie – filmovou terapii tedy nelze považovat za pasivní činnost, kde jen čekáme a doufáme, že to nějak dopadne. Je to aktivní vědomý proces, pro který je potřeba zapojení se.

Důležitým pojmem pro pochopení filmové terapie i této definice je také *metafora* – díky ní člověk propojuje vlastní a filmovou zkušenost. Do definice ještě přidávají důležitost správného výběru filmu, čímž tento prvek získává na závažnosti.

Metaforu jako integrální prvek terapie filmem udává v rámci definice i Powell a další. Metodu definují jako proces užívání filmů jako metafor pro zvýšení klientovy schopnosti nahlédnu a podporu osobnostního růstu. Metaforu připodobňují k mostu mezi terapeutem a klientem, který převádí přes nepříjemná témata. „Často je snazší reagovat na metaforu než na realitu.“ je výrok, který záslužnost terapie filmem v této definici vystihuje (Powell et al., 2006, s. 248).

1.3 Využití terapie filmem

Opravdový boom zažívá cinematerapie zejména koncem devadesátých let. Akademici pokračující po cestě vyšlapané předchozími studiemi (Berg-Cross et al., 1990; Solomon, 1995) se spíše než na vhodné filmy zaměřily na empirické uchopení této pomocné terapeutické berličky tak, aby byla plně metodologicky ukotvena a empiricky ověřena v praxi.

Identifikují proměnné, které jsou důležité pro správnou aplikaci pomocné metody v praxi, mezi něž patří cílová skupina, pro kterou je terapie vhodná, předpoklady, které by měl splňovat klient i terapeut, nebo psychoterapeutické směry, které jsou pro toto užívání vhodné. Pro správné metodologické ukotvení je zapotřebí i důkladné prověření účinků metody na základě kvantifikovaných dat. Jak ve své práci zaměřené na dosavadní poznání na poli filmové terapie poznamenává Portadin (2006), prvních pár let širokého zájmu o metodu se objevují spíše kazuistiky či jednotlivá pozorování. Nedostatek plně empirického zkoumání tedy ukazuje, že do té doby byla cinematerapie opravdu jen v plenkách. Proto se v odpověď na to někteří výzkumníci zaměří na dokázání toho, že si filmová terapie zaslouží své místo na poli metodologicky správných a empiricky ověřených intervencí.

1.3.1 Empirické ukotvení

Aby si vědecká metoda získala v akademické obci kredibilitu a dostala se do širšího povědomí jako seriózní metoda použitelná v praxi, musí projít určitým procesem a splňovat jistá kritéria (Mohamad et al., 2015). Sem patří kvantifikované ověření účinků na reprezentativním vzorku populace. Jedná se samozřejmě o dlouhodobý proces a těžko po jedné provedené studii definitivně usoudit, že metoda je dostatečně reliabilní pro užívání v praxi.

K takovému stavu se pokusila přiblížit výše zmíněná studie z roku 1986 (Adams & McGuire), která měřila, jaký efekt bude mít promítání humorných snímků na seniory v domově s pečovatelskou službou. Zaměřila se na jejich duševní pohodu a subjektivně prožívanou chronickou bolest. Experimentální skupina ($N = 7$), které byly snímky promítány každý týden po dobu šesti týdnů, vykazovala větší duševní pohodu, cítila se optimističtěji ohledně vyhlídek do budoucna a potřebovala méně medikace tlumící bolest než skupina kontrolní ($N = 6$). Toto bylo měřeno sebesposuzovací škálou tři týdny před intervencemi a tři týdny po nich u kontrolní skupiny ($p = 0.4$) i ve srovnání obou skupin tři týdny po intervencích ($p = 0.8$). Tím poprvé získala cinematerapie kvantifikovatelná data, a to ještě předtím, než se zaryla hlouběji do myslí psychologů. Nutno podotknout, že sebraný vzorek nebyl příliš obsáhlý.

O deset let později se na stránkách vědeckých časopisů objevil výzkum, který rovněž pracoval s kvantitativními prvky. Jurich a Collins (1996) se zaměřili na věkové opačné spektrum a pracovali s větším vzorkem adolescentů ($N = 40$) ze zájmové skupiny 4-H, kterou lze přirovnat ke Skautu. Těm promítali po dobu šesti týdnů každý týden jeden film, kde hlavní hrdinové řešili problémy spojené s dospíváním a hledáním identity. Vždy následovala i hodinu a půl dlouhá diskuze, o níž se níže dozvíme, že je pro úspěch terapie klíčová. Byly provedeny pre- a post- testy pomocí škály Tennessee Self-Concept Scale (Marsh & Richards, 1988). Shrnutí jejich výsledků ukazuje, že se u adolescentů díky filmům podstatně zlepšilo celkové pojetí sebe sama, i jejich sociální a rodinné *self*, s nimiž škály pracují. Adolescenti poukazovali na to, že pozorování postav, které řeší podobné problémy, usnadnilo pochopit

vlastní jednání. Lze ovšem nazvat nevyužitou příležitostí to, že se v této studii nepracovalo s žádnou kontrolní skupinou.

Tento nedostatek byl nahrazen o deset let později (Powell et al., 2006). V tomto výzkumu se opět pracovalo s adolescenty a jejich sebedůvěrou. 16 mladistvých pracujících na své sebedůvěře bylo v rámci šestitýdenní skupiny náhodně rozděleno do tří uskupení

- Skupina, které byl promítnut film hned první den setkávání
- Skupina, které byl promítnut film po třetím týdnu setkávání
- Kontrolní skupina, které film nebyl promítnut

Výsledky však neodhalily žádné statisticky signifikantní rozdíly napříč skupinami. Objevují se však pozitivní tendence. První skupina ukazuje vyšší míru sebedůvěry oproti skupině, které byl film promítnut po třetím týdnu, a kde se ukázalo zlepšení jen malé. U kontrolní skupiny se sebevědomí zvýšilo jen bezvýznamně, nebo dokonce zhoršilo. Filmy neměly vliv na celkovou sebedůvěru, pouze na specifické podškály. Opět je také třeba zmínit, že vzorek ($N = 16$) je poměrně malý a pilotní studie má tak své limity. Práce je zde zmíněna proto, že její autoři zdůrazňují potřebu užívání kreativních technik při práci s mladistvými a užitečnost užívání metafor při získávání náhledu na vlastní problém.

Powell s Newellem téma statistického ověření účinku této intervence neopustili a věnovali se mu i o pár let později, tentokrát formou kazuistiky. Zaměřili se na jednu pacientku s depresivní poruchou, která po dobu pěti týdnů absolvovala filmovou terapii. Každý týden jí byly promítány části filmu *Pán prstenů: Společenstvo Prstenu* (Jackson, 2001), které souvisely s hledáním motivace, překonáváním bezmoci a nalezení nového cíle. Vždy následovala i hodinová diskuze nad viděným. Pacientka každý týden za stejných podmínek vyplňovala *Beckovu škálu beznaděje* (Beck et al., 1974) tři týdny před léčbou, pět týdnů během léčby a tři týdny po ní. Výsledky ukazují zlepšení na sebezposuzovací škále směrem k nižší míře beznaděje, ale pouze ve srovnání před léčbou a během léčby. Ve srovnání během léčby a po léčbě výsledky nebyly statisticky průkazné (Powell & Newgent, 2010).

1.3.2 Základní předpoklady

Pro největší možný účinek cinematerapie je zapotřebí splnění základních předpokladů jak ze strany terapeuta, tak ze strany klienta. Ty byly stanoveny již s prvním výzkumem na toto téma, následně už byly pouze zdokonalovány.

Výzkumnice započaly toto bádání určením čtyř těchto předpokladů (Berg-Cross et al., 1990):

- Klient musí aktivně a vědomě v rámci terapie zpracovávat určité téma
- Terapeut musí chtít prohloubit úroveň klientova porozumění problému, na němž v terapii pracuje
- Terapeut musí být schopen odhadnout připravenost klienta na tuto metodu, případně na jeho připravenosti přímo pracovat
- Nedlouho po promítnutí snímku musí proběhnout debriefing

Jak je z těchto kritérií patrné, určité předpoklady musí splňovat jak klient, tak terapeut i vztah, který mezi sebou v terapii mají. Na kritériích stojících spíše na vztahové složce mezi oběma stranami staví americká psycholožka Marsick (2010), která za nejdůležitější předpoklad úspěšného zavedení metody do terapie považuje právě dostatečně rozvinutý vztah mezi klientem a terapeutem.

Z toho posléze vychází další navazující předpoklady. Základem je správné odhadnutí toho, jestli může být film pro klienta přínosný. Terapeut tedy musí klienta znát a vědět, že sledování filmů je oblíbenou činností. Klient by se do promítnutí snímku neměl nutit, mělo by jít primárně o zpřístupnění určitých procesů důležitých pro terapii (identifikace, otevírání tématu) oblíbenější a novou formou.

Dalším z kritérií vycházejících z hloubky vzáhu je například vhodně zvolená doba v celém procesu terapie. U některých problémů může být výhodnější film doporučit spíše na začátku vývoje vztahu. Jde například o chvíli, kdy je pro klienta obtížné téma otevřít a hovořit o něm. Film může pomoci klientově ochotě o tématu mluvit. Na druhou stranu – pokud je člověk už ve fázi hledání řešení problému, je lepší film promítnout spíše v pozdějších fázích terapie. Snímek tak může nabídnout alternativní formy řešení či nové copingové mechanismy. V neposlední řadě je také důležité znát klientovu problematiku tak dobře, aby terapeut mohl správně odhadnout, jaký film nabídnout tak, aby téma bylo přiléhavé.

Na terapeutickém směru příliš nezáleží, a terapii filmem lze tedy využít jak v rogeriánské terapii, tak v psychoanalytickém přístupu, logoterapii a dalších větvích psychoterapie (Hesley & Hesley, 1998; Heston & Kottman, 1997). Nicméně nejčastější užití se najde u terapeutů zaměřujících se na kognitivně-behaviorální terapii, kde první kroky tímto směrem mířily na léčbu PTSD (Frueh, 1995).

1.3.3 Cílová skupina

Neexistuje jednotící výzkum, který by pracoval s reprezentativním vzorkem populace a určoval by, která cílová skupina je pro aplikaci filmové terapie nejvhodnější. Je proto potřeba sdružit jednotlivé výzkumy a shrnout, s jakými skupinami pracovali a nacházet opakující se vzorce.

1.3.3.1 Velikost skupiny

Napříč výzkumy dochází ke shodě, že terapii lze užívat jak v rámci individuální tak skupinové terapie (Dermer & Hutchings, 2000; Hébert & Speirs Neumeister, 2001; Powell et al., 2006). V závislosti na této formě se liší forma promítání – u skupiny by v ideálním případě měli snímek všichni shlédnout skupinově kvůli sdílenému zážitku. Zejména debriefing by poté měl proběhnout se všemi členy najednou. Jedná se o klíčovou část pro co největší účinnost filmové terapie, jak bude ještě popsáno níže. Zejména u skupin totiž může v rámci debriefingu dojít k otevření nových podnětů a náhledů na problém, člověk dostává okamžitý feedback z vícero stran a vidí hromadnou reakci na své prožívání (Powell et al., 2006).

U skupinové terapie je třeba větší obezřetnosti při vybírání filmu tak, aby byl vhodně zvolen. Téma snímku musí být přínosné pro všechny členy, proto by skupina měla být pokud možno homogenní v rámci řešeného tématu. Zároveň je ale dožadována potřeba dbát i na jednotlivce – dát si pozor na to, aby si žádný z klientů v sobě nenosil nevyřešené téma, které není předmětem skupiny, ale ve filmu se přesto objevuje. Pro názornost – jde například o situaci, kdy hlavním tématem skupiny je PTSD, ve filmu se ale jako velké téma objevuje i

znásilnění. Pokud některý z klientů skupiny řešící PTSD zažil i tak otřesný zážitek jakým znásilnění je, může se jednat o nesmírně rušivý element, který ve výsledku může klientovi i skupině uškodit. Znovu je potřeba zmínit že zásadním kritériem je tedy dobré seznámení se s klienty i s filmem, který v rámci terapie využívám.

1.3.3.2 Věk a intelekt klientů

Již bylo zmíněno, že filmovou terapii lze využívat u klientů téměř všech věkových kategorií. Není třeba se bát pustit náročnější snímek klientovi v pubertě či během dospívání, opět ale musíme vycházet z výše zmíněných základních předpokladů – známe svého klienta, tj. víme, že je schopen zvládnout film s náročnější tematikou, a víme, že ho sledování filmů baví. Tento poznatek může být zvláště užitečný u témat specifických pro dětské klienty. Může jít například o provázení dítěte rozvodem rodičů či šikanu ve škole (Hébert & Speirs Neumeister, 2001).

Některé studie naopak velmi nedoporučují tuto intervenci pro děti mladšího školního věku, pokud se nejedná o rodinnou terapii. Dle názoru těchto autorů totiž takto staré děti nemají dostatečně rozvinuté kognitivní funkce a může u nich být větší problém s empatickým vcítěním se do jiných postav. Pro rodinnou terapii lze udělat výjimku, ale jen pokud je film pečlivě vybrán a problematika je zde podána i z pohledu dětské postavy (Hesley & Hesley, 1998; Schulenberg, 2003).

Mnozí výzkumníci doporučují terapii filmem zejména pro adolescenty (Farrell Bowen, 2006; Lappin, 1997; Newton, 1995). Právě tato věková skupina má filmy ve velké oblibě, a proto je u nich pravděpodobnost úspěšného zakotvení této pomocné metody větší. Neznamená to však, že se jedná o doménu adolescentů. Peake a Steep (2004) využívají filmovou terapii zejména v práci se seniory, kteří řeší problémy související se stárnutím.

Některé výzkumy zdůrazňují potřebu alespoň průměrného intelektu pro úspěšnou terapii filmem (Hesley & Hesley, 1998), jiné naopak doporučují tuto metodu i pro lidi s podprůměrným intelektem či dokonce poruchami intelektu, neboť filmy mají působit hlavně na emocionální úrovni spíše než intelektové (Mangin, 1999; Solomon, 2001). Zde je však potřeba obezřetnějšího výběru filmu a pečlivějšího debriefingu. Welter (1995) právě kvůli

působení filmů zejména na emoce naopak doporučuje terapii filmem i pro pacienty s vývojovými vadami či poruchami intelektu. Pacientům s těmito poruchami filmy pomáhaly navodit téma, rozvinout diskuzi a povzbudily je v otevírání náročných témat sexuálního zneužívání. Většina výzkumů a článků nicméně otázku intelektu klienta nezmiňuje.

Z demografického hlediska se tedy dá říci, že terapie filmem sice má svá specifika s ohledem na to, s jakou cílovou skupinou pracujeme, nicméně nijak vyhranění v tomto směru výzkumníci nemusí být. Naopak někteří metodu doporučují pro všechny genderové, věkové i rasové kategorie neboť filmy hovoří univerzálním jazykem, a navíc mohou přímo napomáhat vcítění se do člověka z naprosto jiného demografického zařazení (Dermer & Hutchings, 2000). Je však potřeba tento aspekt zvážit ne při úvaze nad tím, jestli je vůbec tato metoda pro klienta vhodná, ale spíše jaký film zvolit. Může se stát, že svým zařazením film nebude pro klienta vyhovující. Ve spoustě filmů se můžou objevit kulturní aspekty, které znemožní klientovi se do hlavních postav vcítit a hledat paralely s vlastním životním příběhem.

Na místě je zmínit rasovou otázku. Ukazuje se, že minoritní rasové a etnické skupiny nejsou mezi pozitivními postavami ve filmech rovnoměrně zastoupeny (Larson, 2006). Proto je potřeba brát toto citlivé téma v potaz, neboť pro úspěch terapie je důležitá identifikace s postavou. A není to otázka, která by platila pouze pro americkou společnost a jejich masově sledované filmy. Lze hledat paralely i u českých menšin – existuje jen velmi málo nedokumentárních filmů, kde by hlavními hrdiny byli Romové, Vietnamci či jiné významné menšiny. Zejména s přihlédnutím k tomu, že tyto menšiny bývají naopak často zobrazovány v negativním či rasistickém kontextu. Právě proto je toto téma aktuální i u nás.

Nejde však jen o kulturu. Typy klientů, pro které nemusí být tato intervence vhodná, jsou popsány v následující podkapitole.

1.4 Aplikace

Během let se objevilo několik manuálů na správnou aplikaci filmové terapie v praxi. V této části práce se proto budeme zabývat praktickými záležitostmi okolo této metody, tj. jak filmy vybírat, na co konkrétně se ve filmu zaměřit či jakého účinku by se mohlo a mělo dosáhnout.

Schulenberg (2003) varuje před bezuzdným užíváním filmů v terapii jako na běžícím pásu. Původní myšlenka se totiž opravdu může zdát velmi jednoduchá – pustím klientovi film pojednávající o tématu, které řeší i klient, a dostaví se pozitivní účinek. Žádná z psychologických intervencí však nemůže fungovat takto jednoduše, a proto tento psycholog upozorňuje na možné modalities metody, ze kterých nakonec vzniká nejobsáhlejší manuál pro aplikaci do terapie.

1.4.1 Kdy neužívat cinematerapii

Ne každá intervence užívaná v praxi je vhodná pro všechny typy klientů a cinematerapie není výjimkou. Výše jsou zmíněny výzkumy, které nedoporučují terapii filmem pro děti mladšího školního věku a pro lidi s poruchou intelektu. Nevhodnost metody ale nezávisí jen na typu klientů, ale i na tématu, které řeší.

Většina autorů, která o nevhodných tématech pojednává (Hesley & Hesley, 1998; Sharp et al., 2010; Solomon, 1995), nedoporučuje filmy promítat klientům, kteří si v nedávné době prošli velmi traumatizující událostí, která je věrně zobrazena ve filmu. Jde například o situace domácího násilí, těžkého ublížení na zdraví či znásilnění. Tato témata je třeba vždy řešit s odstupem času, neboť pokud je klient vystaven věrně zobrazenému zážitku příliš brzy, mohou se spustit obranné mechanismy, které by velmi výrazně ztížily úspěšnost a prodloužily trvání celé terapie. Nejen pro úspěch terapie, ale zejména pro klientovo bezpečí je důležité, aby si udržel dostatečný emocionální odstup od problému, ale zároveň aby nebyl vůči postavám ve filmu apatický. To umožňuje nahlížet na filmové i vlastní problémy z bezpečné objektivní vzdálenosti. Ukazuje nám to, jak důležité je vybalancovat, aby film v klientovi rezonoval, ale zároveň ho nevtáhl příliš (Nichols & Schwartz, 1998).

Mnozí autoři se domnívají, že filmová terapie má své limity v léčbě složitějších psychotických poruch. Tyto diagnózy jsou natolik komplexní, že by tato intervence měla v přímé léčbě jen pramalý účinek, tvrdí ve svých pojednáních (Hesley & Hesley, 1998; Lappin, 1997). Solomon (1995) nicméně směrem k těmto poruchám naopak uvádí, že pokud je potřeba seznámit klienta s vlastní poruchou, mohou být naopak filmy velmi cenné. Nejde jen o představení poruchy samotnému pacientovi, ale například i jeho rodině či blízkým.

Například o schizofrenii koluje mezi veřejností spousta fám a mnoho filmů ji podává velmi nepřesně (Schultz, 2005). Proto lze souhlasit se Solomonem v tom, že představení natolik komplexní diagnózy skrze dvouhodinový film schválený odborníkem v rámci terapie může být účinným nástrojem pro lepší pochopení toho, čím si blízký prochází. V tomto směru je již v jeho první knize doporučen film *Čistá duše* (Howard, 2001), který je od té doby často uváděn jako dobrý příklad převedení diagnózy do filmu. I ten nicméně podává zkreslený obraz o této psychotické poruše. Arfani (2018), který se na věrnost zachycení této poruchy ve filmu zaměřil ve své studii, shledává toto zobrazení jako dostačující pouze pro laickou veřejnost, nikoliv pro člověka, který se se schizofrenií potýká. I tak by tento film doporučil zejména z toho důvodu, že vyvrací mýty o tom, že schizofrenie je jakási „rozpolcená osobnost“. Film je proto vždy potřeba doplnit zejména komentářem odborníka a nelze spoléhat pouze na snímek jako na jedinou formu edukace.

Je třeba zmínit potřebu dobře znát snímek, který doporučuji. Může se totiž stát, že se ve filmu nachází negativní charakter, o kterém si klient bude myslet, že je k němu terapeutem připodobňován, neboť mezi jeho a svým příběhem najde paralely. To příliš nenahrává úspěšné aplikaci, protože žádný klient nechce být připodobňován k „záporákovi“ (Dermer & Hutchings, 2000; Hébert & Speirs Neumeister, 2001).

Proto by každý terapeut měl mít film shlédnutý, nastudovaný a nedoporučovat ho pouze proto, že si to přečetl v příručce. Sharp a další (2010) dokonce doporučují vidět film minimálně dvakrát. Napoprvé se terapeut seznámí s celkovým vyzněním filmu a s postavami a teprve napodruhé se dopodrobna seznámí se všemi tématy, charaktery i potenciálními problémy. Bertolino (2001) ohledně tohoto terapeutům tíhnoucím k této metodě doporučuje sestavit si seznam vlastních filmů, které dobře znají a připadají jim vhodné pro témata v jejich praxi.

Rozhodně nelze paušalizovat a tvrdit, že se ve výše uvedených kategoriích nemohou najít výjimky, které by mohly ze cinematerapie těžit. Konkrétně na toto téma ale bohužel neexistují žádné odborné studie. Všechny zmiňované výzkumy se ovšem shodují v základních předpokladech úspěšné aplikace. Člověk, kterému film doporučujeme v rámci terapie, musí toto chtít a souhlasit s metodou, základním předpokladem tedy zůstává, aby si filmy obecně

užíval. Dále platí nutnost jasného účelu této metody, pevně stanovené podmínky promítnutí filmu a poctivý debriefing.

1.4.2 Výběr filmu

Stejně jako u výběru času, kdy určíme klientovi, aby film shlédl, i u výběru konkrétního filmu či jeho částí platí to, že si nejdříve musíme ujasnit naši zakázku. Nelze si v průběhu terapie uvědomit, že daný film je klientovu příběhu podobný a doporučit mu ho s tím, že to možná vyjde. Když klientovi nějaký film doporučujeme, musíme vědět, jestli chceme klienta edukovat, podpořit nějakou kognitivní či behaviorální změnu nebo facilitovat otevření náročného tématu. Film musí vždy odpovídat potřebám klienta (Schulenberg, 2003).

Mnozí autoři definují body, dle nichž by se filmy měly vybírat. Dermerová a Hutchingsová (2000) staví výběr filmu na základě klientových:

- *problémů*
- *cílů*
- *silných stránek a celkových schopností*
- *specifických schopností identifikovat paralely mezi příběhy*

Hesley a Hesley (1998) oproti tomu identifikují vlastní body, které slouží pro výběr nejvhodnějšího filmu. Jsou jimi:

- *efektivní vzor („role model“) ve filmu*
- *téma filmu odpovídá tématu terapie*
- *klient má o filmy zájem a užívá si je*
- *aktivní charakter řešící problém*
- *inspirativní/pozvedávající téma filmu*

Jak vidno, obě skupiny výzkumníky míří poměrně odlišným směrem. Hesleyho body odkazují zejména na filmy samotné spíše než na klienty. Zdůrazňují důležitost pozitivního nádechu filmu a to, aby klient mohl snáze najít ve filmu nějaký předobraz hodný následování

tak, aby si snáze osvojil nové behaviorální návyky. Jediné nároky kladené na klienta jsou ty, aby si filmy užíval a byl tím pádem přístupnější změně.

Oproti tomu první skupina kritérií pro výběr filmů klade nároky pouze na klienta, nezmiňuje potřebu, aby měl film pozitivní nádech ani charakter aktivně řešící svůj problém. Vystačí si s odpovídajícím tématem filmu, který je ale přizpůsoben klientovým přednostem. I tyto body tedy míří hlavně pozitivním směrem k nápravě.

Důležitý rozdíl v obou identifikacích klíčových bodů je také v posledním bodu u Hesleyho (1998). Film by měl být inspirativní, udávající směr a možné řešení. Je samozřejmé, že pokud klientovi s depresivní poruchou pustíme film o člověku bojujícím s depresí, nebude se jednat o čistou komedii a ve filmu pravděpodobně dojde i na těžké a náročné momenty. Důležité ale je, aby film nabízel možné rozřešení, optimistický pohled a nepodával jen tragické obrazy ze života s depresí.

Pokud ale nabízíme film, který je náročný na emoce a prožívání, musíme vycházet i z bodu Dermerové a Hutchingsové (2000), kterým jsou silné stránky a schopnosti klienta. Musíme dobře znát klienta i film, abychom dokázali odhadnout, jestli klient zvládne náročné momenty, poněvadž se jedná o velký nápor na emoce. Zvláště s přihlédnutím k tomu, že řemeslně dobře natočený film může vyvolat velmi živý dojem reality (Boggs, 1991). Pokud bychom špatně odhadli klientovy kapacity i nevhodný film, tato intervence může způsobit spíše škodu než užitek. Může dojít k retraumatizaci, vyvolání úzkostných stavů či uzavření se do sebe a neochotu téma rozvíjet. Stačí ale i to, aby klient nerozuměl jednání některých postav. Pokud například zvolíme správně filmovou tematiku rozvodu, musíme uvažovat, jestli je film vyprávěn pohledem dítěte nebo rodičů. Proto musíme zvažovat, který film a komu pustíme.

Callisch (2001) nevytyčuje specifické body. K výběru filmů poznamenává to, že by měl co nejpřesněji odpovídat ve všech kritériích problému, který řeší klient. Charaktery by měly odpovídat klientovi i po stránce věku, socioekonomického statutu, osobních hodnot, atd. I problém by měl co nejpřesněji reflektovat tyto charakteristiky. To pomůže klientovu empatickému vcítění se do postavy, identifikaci s charakterem a lepšímu porozumění jednání postav na plátně.

Sharp a další (2010) jsou v tomto smyslu proti Callischovi. Přílišná až doslovná podobnost ve všech charakteristikách může dle nich vést ke spuštění přehnaných obranných mechanismů a zvýšit klientův odpor vůči terapii. Klíčovým pojmem je pro ně v tomto směru *metafora*. Není potřeba, aby byl film opisem klientova příběhu. Doslovná podobnost tedy není nutná, neboť silná metafora může po emoční stránce být účinnější.

Základem zůstává, aby se ke každému klientovi přistupovalo individuálně s ohledem na jeho téma a kapacity. Nelze klientovi doporučit film o depresích jen proto, že má klient depresivní poruchu. Musíme znát jak klienta tak film a vědět, co je naším cílem a čeho filmem chceme dosáhnout.

1.4.3 Kdy a kolik?

Rozhodnutí, kdy má klient snímek shlédnout, závisí na tom, čeho tím chceme dosáhnout. Již byl zmíněn přístup několika výzkumníků, kteří doporučují film shlédnout spíše na začátku terapeutického procesu, pokud chceme klientovi pomoci se otevřít či ho seznámit s těžko uchopitelnou diagnózou a jejími projevy. Na konci terapie je vhodné si film pouštět v tom případě, pokud chceme pomoci téma uzavřít, případně zhruba uprostřed terapie, pokud chceme klientovi pomoci, aby si osvojil si nové copingové strategie (Marsick, 2010; Solomon, 1995).

Pokud chceme užívat filmovou terapii v klinické praxi, je třeba brát velký ohled na to, v jaké fázi svého onemocnění se klient nachází. Cinematerapii obecně nelze s klidným vědomím doporučit v akutní fázi jakéhokoliv onemocnění. V tuto chvíli hrozí, že nemohou získat potřebný náhled, který je třeba pro ventilaci náročných emocí, které mohou v průběhu filmu vyvstat (Berg-Cross et al., 1990).

Vyvstává i otázka, za jakých okolností má klient film shlédnout. Hesley (2000) vyzdvihává výhody zadání filmu jako „domácího úkolu“ mezi terapiemi. Promítnutí doma může zpevnit klíčové prvky z terapie a vést k lepšímu zvládnutí žádoucího chování v přirozenějším prostředí domova, tedy lépe propojuje naučené s běžným životem. Oproti tomu Powell (2008 et 2010), Hestonová s Kottmanem (1997) a další doporučují spíše opak.

Nepustit si celý film doma o samotě, ale pouze části klíčové pro terapii, a to za přítomnosti terapeuta. Ten v tu chvíli facilituje hledání paralel mezi příběhem filmovým a klientovým a upozorňuje na důležité momenty. S tím souhlasí i Raingruber (2003). Ten poukazuje na to, že zvolený film může u klienta vyvolat velmi nepříjemné nebo potlačené vzpomínky, které mohou spustit velmi silnou emocionální reakci, nebo dokonce úzkostné stavy. V takovém případě je nesmírně důležité, aby měl klient po ruce terapeuta zkušeného v krizové intervenci, který mu pomůže zážitek zpracovat, případně ošetřit akutní úzkost.

S tím se pojí i počet filmů, který je v rámci intervence doporučován. Terapeut se může zaměřit pouze na důležité momenty z filmů, které jsou pro terapii důležité. Pokud tedy terapie probíhá dlouhodobě, je možné zvolit více filmů, které bude spojovat společné téma v několika scénách. Této možnosti častěji využívají terapeuti, kteří pracují v manželském a rodinném poradenství (Eğeci & Gençöz, 2017; Heston & Kottman, 1997). V několika dramatech či komediích zabývajících se rodinnými vztahy je zvoleno pár scén, které například ukazují typickou situaci interakce mezi rodinnými členy, která je univerzální a působí na klienta. Následně se pracuje s vhodnými či nevhodnými scénáři a osvojují se nové behaviorální návyky. Pozoruje se zejména to, jak se charaktery a vztahy mezi nimi mění v čase a jak se navzájem ovlivňují. To je následně během debriefingu nahlas verbalizováno (Hesley & Hesley, 1998; Nichols & Schwartz, 1998).

Je ovšem také možné pracovat s celým filmem. Klient tak tráví s postavami mnohem více času, poznává je a potenciálně se zvyšuje jeho empatické cítění s nimi. Zvlášť pokud téma celého filmu odpovídá klientovu problému. To posléze napomáhá procesům klíčovým pro úspěch terapie, jako jsou *identifikace*, *katarze* a *porozumění* (Eğeci & Gençöz, 2017; McKenna et al., 2010). V takovém případě je ale potřeba myslet na to, že bychom na doma mezi dvěma sezeními neměli doporučovat více než jeden celý film. Je to poměrně časově náročné a klienta to může emocionálně vyčerpat. Navíc by více filmů mohlo ztížit debriefing, který je integrální složkou celé metody.

1.4.4 Participace klienta

Předtím, než začneme metodu aplikovat, musíme klienta s metodou seznámit a získat jeho souhlas. Mělo by se jednat o automatické jednání, ale zejména u tak neobvyklé intervence, jakou terapie filmem je, je potřeba ji připomenout a zdůraznit. Nejedná se totiž o příliš známou metodu, která by byla masově užívána, a jako taková tedy může u klientů vyvolat nervozitu či nedůvěru. Proto je důležité klienta před začátkem zpravit o tom, jak terapie probíhá, co se bude dít a co je jejím cílem.

Klient musí vědět, co je cílem terapie. Terapeut by měl svému klientovi představit procesy, které mohou v rámci terapie nastat (identifikace, katarze) a čeho by se mělo dosáhnout (osvojení nových návyků, otevření tématu). Jelikož se jedná o metodu, která může za určitých okolností vyvolat i nepříjemné či potlačené vzpomínky (Raingruber, 2003), klient by měl být seznámen i s potenciálními riziky. Je také vhodné zmínit, že se jedná pouze o pomocnou terapeutickou metodu, která není náhradou celé psychoterapie.

Mělo by dojít i k dohodě o tom, kdy a za jakých okolností bude film klientovi promítnut. Výše bylo nastíněno více možností promítnutí snímku, z nichž každá má své výhody i nevýhody. Důležité ale je zmínit, že by to neměl výhradně určovat terapeut, ale klient by se měl na této dohodě podílet a sám si určit, jaké podmínky mu budou vyhovovat více. Jedním ze základních předpokladů totiž nadále zůstává, že by se mělo jednat také o příjemnou aktivitu.

Aktivní participace klienta na celém procesu je na místě i při výběru promítaného snímku. K tomu je zapotřebí snímky dobře znát, orientovat se v jejich základních tématech tak, abychom je mohli klientovi představit, případně ho upozornit na to, že film může obsahovat náročné scény. Takto informovaný klient se posléze může na výběru filmu podílet. Pravděpodobnost úspěšné aplikace terapie je v tomto případě vyšší, než když klient obdrží film jako úkol bez možnosti diskuze či zasáhnutí do výběru (Marsick, 2010).

1.4.5 Proces

Pro usnadnění aplikace do praxe uvádějí Dermerová a Hutchingsová (2000) tři základní části, které musí proběhnout v rámci terapie filmem. Jsou v nich dobře shrnuty ty nejpodstatnější body, které již byly uvedeny. Proto toto řazení může sloužit jako vhodný manuál pro terapeuty. Tři fáze celého procesu aplikace jsou tyto:

- **Assessment / Posouzení**

Právě tato fáze se velmi shoduje s kritérii pro výběr filmu uvedenými v předchozích podkapitolách. Navazují i na Hesleyho (2000), Sharpa (2010) a další co se týče určení schopnosti porozumět filmu, vytvořit si dostatečný odstup a stanovení silných stránek.

- Identifikujeme klientovy *problémy a cíle* v terapii
- Zjistíme *zájmy a silné stránky* (koníčky, aktivity, oblíbené činnosti, zaměstnání)
- Odhadneme klientovu *schopnost porozumět obsahu* filmu a *identifikovat podobnosti* a odlišnosti mezi jím samým a filmovým charakterem
- Vezmeme v úvahu otázky *diverzity* (genderové, rasové, kulturní, socioekonomické, věkové, sexuální orientace) při výběru filmu
- Určíme *film/filmy* pro klienta

- **Implementation / Realizace**

Jakmile je určen vhodný film pro klienta, terapeut musí začít přípravy. Nemůže film rovnou pustit, ale nejdříve musí seznámit klienta s terapií, stejně tak jako se terapeut musí poctivě seznámit s filmem. Poslední uvedený bod se považuje za přechod mezi druhou a třetí fází:

- Terapeut se sám *seznámí s filmem*, pokud tak ještě neučinil. Nejlépe dvakrát

- *Seznámí klienta s filmem*, který ho čeká. Upozorní na důležité postavy a chvíle či potenciálně náročné momenty
 - Rozhodne, *za jakých okolností si klient film pustí* – sám / s terapeutem / ve skupině, doma / jinde, celý film / segmenty atd.
 - Prozkoumá možnosti *metaforického uchopení filmového příběhu* (viz. Powell, 2008; Sharp et al., 2010)
 - S klientem proběhne *debriefing* ohledně celého procesu
- **Conclusion / Zakončení**

Pro tuto fázi neexistují body, které by se měly splnit. Jediným kritériem je správně provedený *debriefing*. Během něj terapeut pomocí vhodně zvolených otázek klientovi pomáhá uvědomit si, jak může propojit to, co získal z filmu, s tím, co prožívá ve zkušenosti. Mluvíme zde jak o emocionálních, tak kognitivních a behaviorálních aspektech.

Mezi nejčastěji užívané otázky v této fázi by dle Sharpa a dalších (2002) měly patřit tyto:

- *Povězte mi o charakterech ve filmu*
- *Co charakter cítil / Co si myslel?*
- *Co charakter viděl jako svůj hlavní problém?*
- *Jak charakter vyřešil svůj problém?*
- *Jaké další cesty k řešení mohl/a zvolit?*
- *Jaký byl jeho/její vztah k ostatním charakterům?*
- *Který charakter se vám líbil/nelíbil?*

Otázky jsou koncipovány tak, aby směřovaly k identifikaci, katarzi a porozumění (McKenna, Hevey, & Martin, 2010). Díky těmto otázkám se klient může zamýšlet nad motivací jednotlivých postav řešících stejný problém, nad jejich chováním a možnostmi dalšího řešení, které by posléze šlo aplikovat i v praxi.

Debriefing odpovídá způsobu promítnutí snímku, tedy probíhá ve skupině / individuálně nedlouho po shlédnutí snímku. Může proběhnout jednou nebo dvakrát. Pokud debriefing proběhne jednou, je to většinou v rámci několika dnů po promítnutí. Mluvíme-li o

dvojitým debriefingu, první z nich probíhá ihned po snímku pro zpracování silných emocí, potlačených vzpomínek nebo úzkostných pocitů. Takový debriefing může proběhnout, jen když se klient a terapeut zúčastní promítání společně. Není však nutný a považuje se za jakousi nadstavbu pouze u velmi náročných snímků a u klientů, u nichž si je terapeut jistý, že snímek mohou zvládnout (Berg-Cross et al., 1990; Boggs, 1991).

Většinou se používá pouze jeden debriefing. Během něj se mluví nejen o zážitku z filmu, ale tyto zkušenosti se hlavně následně přetavují v nové vzorce chování, mělo by docházet ke změnám vycházejícím z klientova problému. Konkrétní účinky, které by měly být dosaženy pomocí filmové terapie jako pomocné metody, jsou popsány v následující podkapitole.

1.5 Účinky terapie filmem

Při aplikaci cinematerapie je důležité si předem odpovědět na otázku, proč chceme užít právě tuto metodu. Jako každá jiná pomocná terapeutická intervence, i tato má svá specifika a jsou cíle, pro které se příliš nehodí. Proto je v této podkapitole na základě dostupných zdrojů a výzkumů uvedeno, čeho lze pomocí cinematerapie dosáhnout a za jakým účelem je vhodné ji použít.

Vhodně to shrnuje studie dvou již zmiňovaných psychologek, která poznamenává, že hlavní užitek filmů tkví v tom, že se (na poměry terapie) ve velmi krátkém čase dovedou s klientem propojit na kognitivní, behaviorální i emocionální úrovni, a zjednodušeně řečeno pomoci změně chování, myšlení i citění. „*Jediný film má potenciál u klienta vyvolat smích, pláč i nové a zajímavé myšlenky*“ (Dermer & Hutchings, 2000, s. 165). S tím souhlasí Solomon (1995), který ve spojení působení těchto tří složek v krátkém čase vidí hlavní výhodu a východisko pro úspěšnou terapii. Film takto s klientem komunikuje a zabavuje ho skrze představivost a symboliku. Hovoří metaforickým jazykem a vzhledem k tomu, že metafora je mnohdy důležitou složkou úspěšné terapie, filmy mohou filmy sloužit jako vhodný nástroj expozice tématu (Boggs, 1991; Hesley & Hesley, 1998; Heston & Kottman, 1997).

To, že cinematerapie má své účinky, je možné i díky tomu, že sledováním filmů s podobnou tematikou získáváme od ní odstup a díváme se na ni z objektivnějšího nadhledu a zároveň bezpečného prostředí, což je pro osvojení nových vzorců chování velmi důležité. Správně zvolený film proto nachází ideální hranici mezi náhledem na náročnou situaci z bezpečné vzdálenosti a emoční angažovaností (Nichols & Schwartz, 1998). Wedding a Niemiec (2003) dokonce sledování filmu popisují jako disociativní stav, během nějž je realita upozaděna a klient se tak snáze identifikuje s fiktivními charaktery a nalézá nová řešení.

V návaznosti na Dermerovou a Hutchingsovou (2000) jsou efekty, kterých by mělo být pomocí této intervence dosaženo, řazeny do třech kategorií. Dělení slouží pouze pro pevnější strukturu, nicméně v praxi jsou od sebe tyto tři složky jen těžko oddělitelné a vzájemně se ovlivňují. Kategorie jsou tyto:

1.5.1 Behaviorální

Využití terapie filmem v této oblasti je poměrně široké a v rámci psychoterapie nejčastěji užívané. Filmy v tomto směru mohou sloužit jako návod pro aplikaci nových behaviorálních vzorců na známé situace. Pokud klient vidí, že postava na plátně v konfliktní situaci reaguje jinak, než je pro klienta běžné, a zároveň toto chování přináší pro klienta pozitivnější výsledek, díky identifikaci s postavou si toto chování může nepřímou osahat a vyzkoušet in vivo. Díky filmovému metaforickému jazyku má klient na výběr více přístupů ke stejnému problému a nemusí užívat jen ten, který užíval doteď (Moore, 1998). Klíčové je zde observační učení (Rosenthal & Steffek, 1991).

Proto má terapie velmi bohatou paletu možného využití. Mnozí autoři filmovou terapii doporučují pro překlenutí náročné situace při úmrtí blízkého člověka, přijmutí faktu vlastní adopce, pro řešení rodinných vztahů, provázení dítěte rozvodem rodičů a celkově jakýchkoliv interpersonálních vztahů včetně párového poradenství (Dermer & Hutchings, 2000; Hesley & Hesley, 1998; Heston & Kottman, 1997; Solomon, 1995). Marsicková (2010) poznatky shrnuje tak, že filmy jsou vhodným nástrojem k představení nových copingových strategií.

Film může sloužit i terapii samotné. Lze skrze něj představit, jak terapie vypadá a co je jejím cílem. Za předpokladu že svého klienta dobře známe se dokonce doporučuje i filmová

terapie pro případy, kdy z jakéhokoliv důvodu nefunguje vztah mezi klientem a terapeutem. Například zmiňovaný film *Ordinary people* (Redford, 1980) se může promítat jako ukázka funkčního terapeutického vztahu, k čemuž se následně vracíme v rámci našeho výzkumu. Zde je však na místě velká opatrnost a toto si můžeme dovolit pouze po domluvě s klientem a s jeho souhlasem. Je potřeba ho znát a odhadnout, jestli právě film může zbavit vztah potřebných bariér (Hesley, 2000).

Významné místo má v tomto směru terapie filmem i v kognitivně behaviorálním terapeutickém směru. Právě v této oblasti je klíčovým pojmem *expozice*. Tento proces postupného vystavování klienta nepříjemným situacím je integrální složkou KBT. Vystavení klienta náročným a strach navozujícím podnětům je důležitou součástí léčby úzkostných poruch (Becker-Haimes et al., 2017). A právě proto film může posloužit jako vhodný nástroj k expozici klienta. Heston a Kottman (1997) popisují tuto metodu jako účinnou například v řešení sociální fobie či obsedantně kompulzivní poruchy.

Ani téma léčení závislostí není cizí filmové terapii. Expozice vůči ve filmu zobrazeným interpersonálním konfliktům vyvěrajícím ze škodlivého užívání návykové látky může mít velký dopad na člověka, který si své škodlivé chování neuvědomuje. Takový klient musí být samozřejmě schopen náhledu na své chování (Hesley, 2000; Solomon, 2001). Lze také film využít jako možný náčrt černého scénáře – kam až může chování klienta dojít, pokud se jeho návyky nezmění. Je zde však na místě velká opatrnost, musíme opravdu dobře znát svého klienta a dobře zvolit film tak, aby nedošlo k rezistenci u klienta a prohloubení jeho problému. Nicméně pokud je film dobře zvolen, může být využit i právě v léčbě závislostí (Hesley & Hesley, 1998; Schulenberg, 2003; Solomon, 1995, 2001).

1.5.2 Emocionální

Mluvíme-li o filmech a jejich emocionálním dopadu na člověka, nelze nezmínit efekt, se kterým se setkáváme nejčastěji, a to nejen u populace, která má nějakou psychiatrickou diagnózu. Filmy nám prostě mohou rychle a snadno poskytnout úlevu a únik. Proto je vhodné je využívat, neboť mohou napomáhat terapeutickým procesům zábavnější formou (Marsick, 2010).

Mangin (1999) toto vidí jako hlavní přínos celého filmového světa a je to i důvod, proč si většinou filmy pouštíme. Chceme se bavit. Filmy nám pomohou se na chvíli cítit v jiném světě a poskytnou chvíle uvolnění v různě náročných situacích. Dobré filmy pomáhají vyvolat širokou škálu emocí, a jako takové je lze využívat i u léčících se pacientů pro ventilaci napětí a úzkostných pocitů (Turley & Dreyden, 1990). Mangin dále (1999) uvádí, že filmy sice působí v kognitivní i behaviorální rovině, jejich emocionální dopad na klienta je ale nejvýraznější. Všimá si, že při smutném filmu pláčou i lidé, kteří v reálném životě takové emoce jen zřídka projevují. Ukazuje to, že někteří lidé možná snáze projevují své emoce z odstupu, který vytváří právě film.

Pro terapii jsou ovšem důležité i jiné přínosy této intervence. Aby se klient přiblížil řešení svého problému, je potřeba být v kontaktu se svými emocemi, mít na ně náhled a dokázat o nich mluvit. Pro některé lidi je však toto velmi náročné. Dostat se do tohoto kontaktu a tento posléze zprostředkovat i terapeutovi mohou díky vizuálnímu metaforickému jazyku pomoci právě filmy (Moore, 1998; Schulenberg, 2003). Proto je lze použít v situaci, kdy je pro klienta obtížné se otevřít.

V neposlední řadě nesmíme zapomínat ani na filmový jazyk. V klientovi může velmi silné emoce vyvolat i dojemný monolog, krásná vizuální stránka filmu nebo hudba film provázející. Proto je vhodné i na tyto aspekty pamatovat a být připraven na to, že i tyto mohou vyvolat silné emoce, které mohou být právě například skrze hudbu ventilovány. Stejskalová (2020) v tomto směru doporučuje například film *Titanic* (Cameron, 1997), který podle ní může sloužit jako vhodný nástroj k ventilaci pláče.

1.5.3 Kognitivní

Glasser (1998, 2000) a Bertollino (2001) byli velkými zastánci toho, že filmy neslouží pouze jako zábava, ale v terapii mají své místo. Podle nich zde slouží hlavně jako názorné podněty pro otevření náročné diskuze. S tím souhlasí i Marsicková (2010), která filmy jako metodu napomáhající diskuzí klientovi k otevření vidí hlavně u adolescentů.

I pro kognitivní oblast účinků filmové terapie je důležitá *metafora*. Hledání paralel mezi příběhem filmovým a vlastním a identifikace s postavami mohou přinést cenný náhled

na vlastní situaci, a tím pádem i nové možnosti řešení. Člověk, který řeší problém, se často může uzavřít a vidět „tunelově“, proto ukázka nových řešení „v praxi“ skrze film může být cenným rozšířením náhledu na problém (Hesley & Hesley, 1998).

Nesmíme zapomínat ani na edukativní funkci filmů. Pokud klient teprve začíná s léčbou diagnózy, která není příliš známá, právě dobře zvolený film může klientovi ukázat, jak se jeho diagnóza projevuje a co ho může dál čekat. Například některé poruchy myšlení či afektivní poruchy mohou být velmi náročné na vysvětlení jak pro klienta, tak pro okolí, a film v tomto směru může velmi pomoci (Solomon, 1995, 2001). Jako takové filmy nemusí sloužit jen klientům, ale i v rámci vzdělávání budoucích psychoterapeutů.

2. Deprese

Následující kapitola pojednává o depresivních symptomech. Zaměření na depresivní symptomy jsme zvolili pro pevnější vazbu s empirickou částí naší práce. Ta se původně měla zaměřovat na respondenty s diagnostikovanou depresivní poruchou, nicméně v subkapitole 4.3 *Modifikace výzkumu* je vysvětleno, proč jsme od tohoto záměru upustili a místo toho jsme se zaměřili na lidi, kteří subjektivně prožívají depresivní symptomy. Budeme zde vycházet zejména z MKN-10, která je v našich končinách užívanější. Pro srovnání nabídneme i pohled DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Tato část se zaměří zejména na oblasti důležité pro výzkum této práce. Jsou jimi depresivní symptomy a možnosti léčby.

2.1 Depresivní symptomy

Vycházíme zde z depresivních symptomů tak, jak jsou popsány v MKN-10 (Světová zdravotnická organizace, 1992). Ta zmiňuje tyto:

- **Zhoršená nálada** (nemění se v čase a nereaguje na změny)
- **Snížená energie a aktivita**
- **Narušený smysl pro zábavu, osobní aktivity**
- **Narušena schopnost koncentrace**
- **Únava po minimální námaze**
- **Narušen spánek a zhoršená chuť k jídlu**
- **Snížená sebedůvěra**
- **Pocity viny a beznaděje**
- **Somatické symptomy:**
 - Psychomotorická retardace
 - Ztráta pocitu uspokojení
 - Ztráta chuti k jídlu, hubnutí
 - Snížené libido

Pro diagnózu depresivní fáze s kódem **F 32** je potřeba, aby u klienta byly přítomny 2-3 z výše uvedených příznaků, pak se jedná o *lehkou depresivní fázi*. Pro *středně těžkou*

depresivní fázi je nutné u klienta identifikovat alespoň čtyři tyto příznaky a pokud jich najdeme ještě více, včetně těch somatických, lze diagnostikovat *těžkou depresivní fázi*. Tato diagnóza, opakuje-li se, je poté základem pro možné diagnostikování *periodické depresivní poruchy* s kódem **F 33**, která měla být původně předmětem našeho výzkumu.

Pro srovnání nabízíme pohled užívanější klasifikace v anglicky mluvených zemích, tedy DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Pro diagnózu depresivní poruchy musí člověk splňovat pět nebo více z následujících symptomů během alespoň dvou týdnů a toto jednání musí být odlišné od běžného fungování člověka:

- **Depresivní nálada** (tento symptom musí být přítomen vždy)
- **Ztráta zájmu/radosti** (tento symptom musí být přítomen vždy)
- **Nadměrná ztráta váhy / Nadměrné přibírání** bez předchozí diety
- **Nespavost/Nadměrná spavost**
- **Psychomotorická/é agitace / zpomalení**
- **Nadměrná každodenní únava/ztráta energie**
- **Pocity bezmoci či viny**
- **Snížená koncentrace**
- **Myšlenky na smrt či sebevraždu**

Je vidět, že symptomatika jednotlivých klasifikací se liší pouze v jednotlivostech, ale celkový obraz zůstává stejný. MKN-10 má samostatnou kategorii pro somatické projevy, zatímco DSM-V je má vyjmenovány odděleně. Naproti tomu však DSM-V počítá s vychýlením somatických projevů do obou extrémů – depresivní symptomy se mohou na těle projevit jak nespavostí, tak nadměrnou potřebou spánku, stejně tak se může objevit jak výrazné hubnutí, tak přibírání na váze, což není z klasifikace MKN-10 tak zjevné.

MKN-10 naproti tomu akcentuje sníženou sebedůvěru, tento samostatný symptom u DSM-V nenajdeme. Lze namítnout, že sníženou sebedůvěru lze řadit pod depresivní náladu, případně pocity bezmoci. Jedná se ale o velmi specifický projev, který je následně zmiňován i v rámci výsledků našeho výzkumu, proto si jistě zaslouží své místo.

Co chybí MKN-10 a nalezneme v DSM-V jsou sebevražedné myšlenky a obecně myšlenky na smrt. Je zajímavé, že u MKN-10 suicidální tendence nalezneme až u diagnózy **F 32.2**, pod kterou nalezneme těžkou depresivní fázi, případně těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky. U DSM-V jsou však tyto tendence zmíněny už v základní symptomatice pro diagnostiku periodické depresivní poruchy. Dá se tak říci, že MKN-10 počítá se sebevražednými myšlenkami až u těch nejtěžších případů.

Jelikož cílem této práce je objasnit možné využití filmové terapie na snížení depresivních symptomů, je třeba se zaměřit na to, u kterých z těchto symptomů to lze považovat za reálné. Více o tom pojednáme v subkapitole *3.3 Deprese a filmová terapie*.

Kritéria pro depresi jsou daná a jasně stanovená. To, jak lze definici popsat zahrnutím všech symptomů, ukazuje Kučerová (2013). Deprese je celkový pokles psychomotorického tempa, nálady, ale i životních funkcí. Právě tento pokles a celkové zpomalení jsou pro depresi charakteristické.

Jako klinický syndrom jsou depresivní stavy právě s výše uvedenými symptomy popisovány již více než dva tisíce let (Beck & Brad, 2009). Přesto dodnes Odhady celkové prevalence v populaci napříč kulturami se liší, od čísla 4,4% (World Health Organization, 2017) po vyšší zastoupení sahající k 10% (Kessler & Bromet, 2013). U klinické populace je nicméně odhadovaná prevalence až dvakrát vyšší (O'Connor et al., 2009). Právě pro své vysoké zastoupení v populaci a časté užívání filmové terapie v rámci její léčby byla tato afektivní porucha zvolena pro výzkum v této práci.

Depresivní symptomatika se objevuje napříč mnoha psychiatrickými diagnózami, proto je depresivní poruchu jako takovou třeba diferencovat. Pro diagnózu F 33 dle MKN-10 je mimo výše zmíněných kritérií potřeba, aby člověk neměl za sebou manickou či hypomanickou epizodu a aby změněný stav nebylo možno vysvětlit jako změněný fyziologický stav následkem medikace či požití určité látky.

2.2 Léčba depresí

V této subkapitole budou stručně představeny způsoby léčby depresivní poruchy. Je třeba přihlédnout k tomu, že většinou žádný z uvedených způsobů není užíván samostatně. Ve většině případů je deprese léčena kombinací níže uvedených způsobů v závislosti na závažnost depresivní poruchy. Forma léčby by vždy měla být zvolena po pečlivém zvážení individuálního stavu klienta s cílem dostat symptomy do remise (Davidson, 2010).

Sebepéče je první z forem léčby depresí, která je však často opomíjena, přestože hraje v celém procesu roli zásadní. Pro úspěšné залéčení depresivních symptomů je klíčová spolupráce klienta. A právě sebepéče je dobrým ukazatelem ochoty klienta na sobě pracovat a depresivní symptomy dostat do remise. Pod tento pojem můžeme zařadit širokou škálu aktivit, jde např. o jakoukoliv fyzickou aktivitu, cvičení, ale i dodržování vyvážené stravy, pevného rozvrhu, dodržování spánkového režimu či sebevzdělávání se o depresivní poruše. Nesmíme také zapomínat na udržování kontaktů s okolím, jehož podpora může hrát v léčbě klíčovou roli. V hlubších fázích deprese ovšem sebepéče mizí. Právě pro akutnější depresivní stavy je ztráta sebepéče a zájmu o sebe charakteristická a lze ji považovat za jeden ze symptomů (King et al., 2020).

Psychoterapie se v kombinaci se sebepéčí bez dalších forem léčby nejčastěji užívá při mírné formě depresivní poruchy. I mírná forma může být velmi závažná a ve většině případů je potřeba pomocná ruka odborníka, která zmírní symptomy. Ty by bez pomoci z vnějšku mohly velmi snadno přerůst v závažnější formu depresivní poruchy. Svou roli proto hraje psychoterapie zejména v prevenci, edukaci a zaměření se na aspekty, které zhoršují psychický stav klienta. Její užití má smysl zejména v dlouhodobém horizontu (Cuijpers et al., 2014). Druhů psychoterapie existuje velké množství, časté je užívání kognitivně behaviorální terapie, psychodynamických směrů či skupinové terapie. Neexistuje však jednotný názor na to, která z forem psychoterapie je nejúčinnější v léčbě depresivní poruchy. Metaanalýzy nepotvrdily, že by některý ze směrů byl úspěšnější či naopak méně vhodný. S psychoterapií je vhodné začít hned na počátku celého procesu až do jejího konce, postupem času lze snižovat frekvenci s tím, jak symptomy ustupují (Cuijpers et al., 2008).

Antidepressiva v současnosti většinou fungují skrze inhibování zpětného vychytávání neurotransmiterů serotoninu, noradrenalinu či dopaminu. V ideálním případě se nasazují v kombinaci s psychoterapií. U středně závažné depresivní poruchy už jsou prakticky nenahraditelné. Mohou se objevit nežádoucí účinky ve formě zvracení, nevolnosti, nechutenství či sexuálních dysfunkcí. Jejich role je ale klíčová při potlačení závažných depresivních symptomů, i když se účinek většinou dostaví v řádu čtyř až šesti týdnů (Lincová, Farghali, & al., 2007). Do této kategorie lze zařadit i „přírodní“ antidepressiva, kam patří např. výtažek z třezalky či ženšenu. I antidepressiva je vhodné zařadit co nejdříve a podávají se dlouhodobě (Qin Xiang et al., 2017).

Antipsychotika se v léčbě depresivních symptomů užívají jen velmi zřídka a je třeba pečlivě zvážit jejich nasazení. Tyto látky se většinou užívají ke zmírnění symptomů závažných psychotických poruch, při rezistenci vůči antidepressivům a pokračujícím závažným symptomům depresivní poruchy je však po dohodě s klientem možné jejich nasazení za účelem krátkodobého zmírnění. Zejména za výskytu závažných ruminací, spánkových poruch a akutních sebevražedných stavů. Většinou se nenasazují zpočátku léčby, ale až v průběhu po dokázání toho, že klient je rezistentní vůči antidepressivům a závažné symptomy nejsou na ústupu. Užívání je vždy krátkodobé v rámci týdnů (Mulder et al., 2018).

Další formy léčby depresivní poruchy se užívají ve specifických případech a jejich užití je třeba s klientem předem prokonzultovat a vysvětlit důvody užití právě této metody. Patří sem například:

- **Fototerapie:** užívá se zejména při sezónní poruše nálady, když se zkracují dny. Přesně stanovené dávky umělého světla působící na klienta v ranních hodinách mu pomáhají vyrovnat denní biologické rytmy. Lze sem zařadit i působení denního světla, které ovlivňuje uvolňování melatoninu a serotoninu. Tato terapie není nijak fyziologicky náročná, mezi nežádoucí účinky lze zařadit pouze mírné bolesti hlavy, proto ji lze užívat po celou dobu léčení od jeho začátku (Aries, Aarts, & van Hoof, 2013).
- **Elektrokonvulzivní terapie** nachází své využití zejména v případech, kdy jsou klientovy depresivní symptomy rezistentní vůči nasazeným psychofarmakům. Nasazují se prakticky výhradně alespoň u středně závažné depresivní poruchy, nejčastěji však u nejtěžší formy depresivní poruchy či při

akutních suicidálních tendencích. Bývá účinnější u starších pacientů s přidruženými psychotickými symptomy. Panuje však kolem ní mnoho mýtů a z toho plynoucích obav, a to zejména díky užívání v minulosti, kdy klienti často nebyli v celkové anestezii a nebyly jim podány látky na uvolnění svalů. Díky svému zaměření na klienty rezistentní vůči běžné léčbě je její užití ospravedlnitelné až po prokázání toho, že klient na antidepresiva nereaguje a symptomy se nezmírňují (Hermida et al., 2018).

Stejně jako u každé psychické poruchy je i zde na místě zvolenou formu léčby konzultovat s klientem, zdůvodnit její nasazení, vysvětlit, v čem spočívá a představit očekávaný účinek. Úspěšné zavedení terapie ve velké míře závisí i na klientových preferencích a jeho ochotě danou léčbu podstoupit, k čemuž přispívá právě znalost dané terapie (Dorow et al., 2018).

2.3 Deprese a filmová terapie

Filmová terapie je mladou pomocnou metodou, předchozí části práce se tedy zaměřily hlavně na její vývoj, který úzce souvisí s tím, jak se metoda užívá dnes. Účelem této subkapitoly je zaměřit se právě na výzkumy z doby nedávné. A jelikož ústředním tématem této rešerše je možnost využití cinematerapie u depresivní poruchy, bude tato kapitola zaměřena právě na tuto oblast.

Většina těchto výzkumů se zaměřuje na poměrně specifické skupiny respondentů s mnoha jinými komorbiditami. Není také náhodou, že velká část těchto výzkumů pochází z Jižní Koreje, kde vzestup oblíbenosti filmové terapie jde ruku v ruce s rozvojem tamější filmové tvorby (Hye Seung & Diffrient, 2015).

Že filmy mohou být efektivním prostředkem pro zredukování depresivních symptomů pacientů s onemocněním ledvin na dialýze zjistili výzkumníci z Brazílie. Pacientům podstupujícím tuto psychicky velmi náročnou léčbu bylo během dialýzy promítáno několik komediálních filmů. Ty však nebyly přímo zaměřeny tak, aby korespondovaly se situací klientů, jejich cílem však bylo zredukovat úzkostné a depresivní symptomy, které u klientů

vlivem léčby narůstaly, jednalo se o běžné komedie. I tato intervence se však prokázala být účinnou, u experimentální skupiny ($n=35$) se oproti kontrolní skupině ($n=26$) významně snížily depresivní symptomy a úzkosti ($p < 0.001$). Překvapivě se ukázalo dokonce i to, že u experimentální skupiny, která sledovala komedie během dialýzy, se méně často objevily zdravotní komplikace objevující se při léčbě dialýzou, jako jsou bolesti hlavy a hypertenze ($p=0.003$) (Morais et al., 2020).

Jedním z dalších příkladů může být studie zaměřující se na pacienty prodávající rehabilitaci po mozkové mrtvici. Kvaziexperimentální studie pracující s experimentální ($n=30$) a kontrolní skupinou ($n=30$) si dala za cíl změřit velikost efektu rehabilitačního programu, který spočíval v pravidelném promítání každý týden po dobu deseti týdnů. Filmy byly zaměřeny na hledání motivace k životu, rozvíjení ochoty podílet se na rehabilitaci a zejména zmírnění depresivních symptomů, jenž se u pacientů nečasto začaly rozvíjet. Po každém filmu proběhl skupinový debriefing, na němž proběhla diskuze o důležitých momentech filmu, možné motivaci postav, které ve filmu vystupovaly a vyústění jejich chování. Vztahu sledování filmu a debriefingu po shlédnutí se věnuje jeden z výzkumů uvedený níže. Pro příznivce filmové terapie došlo k uspokojivému výsledku, tedy u experimentální skupiny významně vzrostla motivace k rehabilitaci. Pro náš výzkum je ale důležitější to, že se výrazně zmírnily i depresivní symptomy klientů experimentální skupiny ve srovnání s kontrolní, $F=258.97$, $p < 0.001$ (Kwon & Lee, 2017). Výzkum však byl zaměřen na specifickou skupinu respondentů a neměřil obecně na klienty pouze s depresivní poruchou, čímž se od našeho výzkumu odlišuje.

Ověření správnosti té hypotézy, že filmová terapie může být účinnou metodou při zmírnění depresivních symptomů, se zabývá opět výzkum z Jižní Koreje. Jako vzorek pro svou studii výzkumníci zvolili ženy ve středním věku léčící se ambulantně s depresivní poruchou. Opět se zde potvrdil kladený výsledek, a to ten, že filmová terapie poskytovaná skrze skupinová sezení po dobu osmi týdnů významně snížila depresivní symptomatiku u těchto klientek. Šlo zejména o snížení pocitů viny a beznaděje. Došlo také ke zvýšení motivace k léčbě a zvýšení sebedůvěry. Tamní autoři v diskuzi kladou velký důraz právě na skupinová sezení po filmech, jimž přiřkl hlavní přínos ve správném porozumění důležitým momentům filmu, identifikaci s postavami a chápání jejich motivace (Shin, 2018).

Specifickou cílovou skupinou jsou senioři. Již bylo zmíněno, že filmy jsou většinou doporučovány zejména adolescentům, neb sledování filmů tvoří velkou část trávení jejich volného času (Farrell Bowen, 2006; Lappin, 1997; Newton, 1995). Naproti tomu jde názor, že pokud film věrně zachycuje emoce, které prožívá i klient na základě podobného problému, tato intervence může být i u seniorů velmi účinná (Peake & Steep, 2004). Uváděli jsme také, že jedním ze základních předpokladů pro úspěšné zakotvení terapie je oblíbenost sledování filmů jako aktivity. Vystává pak otázka, jestli může být tato metoda účinná například u obyvatel domova pro seniory. Svě k tomu má co říci Kim (2014), který po dobu deseti týdnů jednou za týden na devadesát minut promítal seniorům v těchto zařízeních snímky zpracovávající téma vypořádávání se se stárnutím a možnou blízkou smrtí, ale i téma rodinných vztahů a odloučenosti. Opět po každém promítání následovala skupinová diskuze. A i u této specifické skupiny, u níž depresivní stavy mnohdy mají zcela jinou příčinu než u adolescentů, se prokázalo, že filmová terapie má pozitivní efekt na snížení depresivních symptomů. Kim uvádí, že to může být cenným poznatkem, protože zavedení této metody do domovů pro seniory by nebylo příliš obtížné.

Ať už je chtěný efekt cinematerapie jakýkoliv, základním procesem, který by měl během sledování filmu nastat, je identifikace s postavou. V ideálním případě by taková postava měla představovat nějaký ideál, v angličtině *role model*. Film s takovou postavou, aby vyhovovala klientovi, není snadné najít. Musí odrážet jeho vlastnosti tak, aby některé byly společné a některé představovaly cíl. Zároveň by ale postava měla řešit nějaký konflikt, mít své negativní stránky. Pokud toho film dosáhne a zahraje v klientovi na tu správnou strunu, může tento klíčový proces vést až ke snížení depresivních příznaků, zjistil Niemiec (2020). Ten věnoval velkou péči volbě filmů pro své klienty tak, aby snímky obsahovaly postavy, které by klientům dodávaly motivaci. Během následných debriefingů se posléze zaměřoval zejména na tento aspekt – hledání motivace díky osvojování behaviorálních vzorců postav ve filmu. Pomáhalo to klientům analyzovat vlastní silné stránky, které by jim mohly pomoci v léčbě. V dlouhodobém horizontu toto opět vedlo k remisi depresivních symptomů.

V našem výzkumu jsou zvoleny filmy, které jsou obecně uváděny jako vhodné pro osoby s depresivními symptomy. V ideálním případě by však snímky měly být vybrány na základě specifické klientely, se kterou pracujeme, a její anamnézy. Pak je možné filmovou

terapii aplikovat na téměř jakkoliv specifickou skupinu klientů, což ukazuje například výzkum, který se zaměřil na matky dětí s mentální retardací, u nichž se objevily fyziologické problémy spojené se stresem. Ty podstoupily deset sezení s filmovou terapií vždy po týdnu s následnou diskuzí. U experimentální skupiny se díky sezením významně snížily projevy stresu a matky si snáze osvojily copingové mechanismy, jak se vypořádat se stresem (Abedin & Molaie, 2010).

Specifickou skupinou lze nazvat i studentky z Íránu, které v posledních letech přišly o člena blízké rodiny, Íránští výzkumníci se zabývali srovnáním kontrolní skupiny, která nepodstupovala žádnou léčbu, jedné experimentální skupiny, která podstupovala pouze podpůrnou skupinovou terapii (SGT) a druhé experimentální skupiny, která podstupovala pouze skupinovou filmovou terapii (GMT), to vše po dobu osmi týdnů. Nepřekvapivý byl výsledek, že obě experimentální skupiny pár dní po léčbě i dva měsíce po léčbě prokazovaly významné zlepšení v dotazníku *General Health Questionnaire* (Goldberg & Williams, 1988), kde jednou ze škál jsou právě depresivní symptomy, dále úzkostné symptomy, somatické funkce a sociální škála. Pár dní po léčbě mezi experimentálními skupinami nebyly žádné významné rozdíly v úspěšnosti léčby. Poslední měření GHQ dva měsíce po léčbě nicméně prokázalo, že u skupiny, která podstoupila GMT, zlepšení stavu přetrvává, nebo se dokonce výrazně zvyšuje ve srovnání se skupinou, která podstoupila SGT, čímž navazuje na jiné mezinárodní výzkumy (Powell et al., 2006; Sharp et al., 2002). Výzkum tak nastoluje otázku, jestli u mladistvých může být filmová terapie leckdy účinnější než podpůrná skupina. Studentky popisovaly, že snímky u nich vyvolaly emoční napětí, které však bylo uvolněno rozřešením ve filmu a následným debriefingem. Identifikace s postavami a sledování podobných emocí, které samy prožívaly, jim doprálo odstup, který potřebovaly k emoční úlevě od svého problému. (Molaie et al., 2010).

Ve všech zmíněných výzkumech je zdůrazněná potřeba debriefingu, který by měl proběhnout co nejdříve po shlédnutí snímku. Vystává tak otázka, jaký vztah je mezi těmito dvěma aktivitami. I pro náš výzkum totiž byl původně zamýšlen společný debriefing, který byl ale posléze modifikován na debriefing individuální a na dálku. Bohužel se nám nepodařilo nalézt studii, která by se touto otázkou zabírala uceleněji. Najdeme však výzkumy, které popisu úspěšného spojení debriefingu a sledování věnují většinou část své práce. Jsou jimi například Sharp a další (2002), kteří nastolují otázku, je-li sledování vůbec nutné, když

následný debriefing lze připodobnit ke skupinové terapii. Právě sledování filmu ale poskytuje ony podněty, které tvoří jádro diskuze v daném debriefingu. V tomto směru doporučují debriefing vést otevřenými otázkami mířícími na prožívání a chování filmových postav, díky čemuž se usnadní proces identifikace. Na otázku nutnosti sledování filmu reaguje i výše zmíněný výzkum, který srovnává úspěšnost filmové terapie s debriefingem a samotné skupinové terapie, z nichž filmová terapie vychází úspěšněji (Molaie et al., 2010).

Je třeba se zaměřit na to, které depresivní symptomy lze filmovou terapií ovlivnit, a na které není příliš vhodná. Vycházet můžeme ze všech dříve uváděných výzkumů, které s touto tematikou pracovaly a které ukázaly, že některé symptomy se může díky filmům podařit snížit.

Často užívaným měřídlem pro zjištění toho, jestli jsou tyto symptomy na ústupu, se stal BDI-II. Výzkumy ukazují, že lidé, kteří vyplnili právě tento inventář, který se zaměřuje na aktuální subjektivní prožitky depresivních symptomů, mívají nižší skóre po filmové terapii (Kwon & Lee, 2017; Morais et al., 2020). BDI-II zjišťuje aktuální stav téměř všech zmiňovaných symptomů u MKN-10 i DSM-V, zejména jde o depresivní náladu, somatické projevy, pocity radosti a ztráta zájmů a energie (Beck et al., 1996).

Výčet výsledků dále uváděných výzkumů ukazuje, že filmová terapie může nalézt své uplatnění zejména v případě, chceme-li ovlivnit klientovu sebedůvěru, jeho sebehodnocení a zlepšit obraz o něm samotném. Tento symptom, na který je dávan zřetel zejména z pohledu MKN-10, je často překážkou v samotném zavedení léčby, protože klient není dostatečně motivován k tomu hledat v sobě sílu k léčení. Ztracenou sebedůvěru je posléze velmi těžké opět nastolit a klienta tak k léčbě motivovat. Ukazuje se ale, že dobře zvolené filmy s dobře napsanými charaktery mohou klientovi pomoci identifikace s těmito charaktery pomoci sebedůvěru alespoň částečně obnovit a najít tak ztracenou motivaci (Kim, 2014; Marsick, 2010; Shin, 2018). A nejde jen o motivaci k léčbě. Už první pojednání o filmové terapii ukazují, že na cinematerapii nemusíme klást tak vysoké nároky, aby klienta rovnou motivovala ke kompletní léčbě. Lze ji využít jako dobrý nástroj k podnícení klienta a snazšímu otevření se v rámci diskuze. Pomocí postav prožívajících podobné situace jako klienti v reálném životě lze docílit toho, že klient se o tomto tématu může snáz rozhovořit a ochota se podílet na diskuzi bude vyšší (Hesley & Hesley, 1998; Solomon, 2001).

Dle DSM-V jsou jedním z určujících symptomů suicidální tendence a obecně časté myšlenky na smrt. Na základě teoretické části stojící na výzkumech nelze říci jasné ano či ne na to, jestli lze tento symptom zmírnit pomocí filmové terapie. Všechny výzkumy, které se touto tematikou zabývají, se nicméně shodují na tom, že filmová terapie celkově není vhodná, pokud je klient v hluboké depresivní fázi, případně akutně suicidální (Hesley, 2000; Niemiec, 2020; Sharp et al., 2002). Tato doporučení se opět objevují i ve výsledcích našeho bádání. Akutně suicidální tendence jsou charakteristické tzv. tunelovým viděním a v tuto chvíli se sebevražda na plátně může zdát pro člověka zvažujícího tuto možnost příliš návodná. Na místě je tedy rozhodně obrovská opatrnost. Niemiec (2020) nicméně ve své praxi otevírá i toto téma. Poukazuje na to, že pokud klient není akutně suicidální či v hluboké fázi deprese, může naopak film, kde hlavní postava zvažuje sebevraždu, kterou nakonec nespáchá, poskytnout cenný zpětný náhled na toto chování. Ukázání postavy, která si procházela něčím podobným, může v případě opakujících se tendencí rozšířit ono tunelové vidění. Jiné zmínky o užívání této metody v práci se suicidálními klienty se nám nepodařilo nalézt, věnuje se jim však část výsledků našeho výzkumu.

Doprovázejícím jevem depresí jsou somatické symptomy. Je ovlivněna chuť k jídlu, libido, spánkový režim a celková práce s tělesnou energií. Vzhledem k tomu, že filmová terapie sice účinkuje na behaviorální, kognitivní i emocionální bázi, ale ne na té fyziologické, je cinematerapie pro zmírnění těchto symptomů jen těžko doporučitelná. Může však pomoci v získání náhledu na tyto projevy. Klient si díky demonstraci filmového charakteru, který si prochází podobnou situací, může uvědomit své problémy a opět získat cenný náhled na symptomatiku. Pokud má zároveň film optimistické rozřešení, může to prospět klientově sebedůvěře v tom, že i somatické projevy mohou být řešitelné (Marsick, 2010).

Empirická část

1. Základní východiska

V této kapitole bude představen výzkum, o nějž se celá práce opírá. Níže je popsáno, jak je výzkum koncipován, je zde představen výzkumný vzorek i způsob vyhledání probandů do výzkumu. Dále bude popsán proces, který vedl k této formě výzkumu. Důraz bude kladen na odůvodnění toho, proč výzkum pracuje právě s těmito probandy, jak byly vybrány filmy do výzkumu a na vysvětlení všech okolností, za kterých výzkum vznikl tak, aby korespondoval s teoretickou částí práce. Budou představeny i výsledky výzkumu, které budou následně zvažovány v širším kontextu podobných zahraničních studií. V neposlední řadě tato část pojednává i o tom, jaká mohla být úskalí této rešerše, na co by mohli další výzkumníci navázat a v čem může spočívat přínos našeho bádání.

V odůvodnění toho, proč jsme si toto téma vybrali, je třeba zmínit i osobní postoj. Ten totiž ve výběru hrál velkou roli. Téma filmové terapie si na poli psychologické metodologie teprve dobývá své renomé, jedná se o metodu poměrně novou a tím pádem pro nás i zajímavou. V rámci České republiky navíc existuje jen málo odborných publikací, které by se o filmové terapii byť jen zmiňovaly, natož se jí věnovaly uceleně. Existuje odborná práce kolegyně z Masarykovy univerzity, ta se nicméně na problematiku dívá optikou ústavu hudební vědy, na níž byla publikována (Mikscheová, 2010). Podařilo se nám dohledat, že právě touto kolegyní byly v brněnském terapeutickém centru Mandala v roce 2014 vedeny semináře filmové terapie pro veřejnost. Žádosti o bližší informace však zůstaly bez odpovědi. Dále víme, že filmová terapie probíhá ve FN Motol na dětské psychiatrické klinice pod vedením PhDr. Mariny Stejskalové, CSc. Ta vydala i jedinou publikaci, která se v České republice podrobněji zabývá filmovou terapií (Stejskalová, 2020). Ve své praxi se však nezaměřuje pouze na filmovou terapii, ale užívá celkově terapii uměním – kombinaci dramaterapie, muzikoterapie či biblioterapie.

Dalším důvodem jistě je to, že sledování filmů je mou velmi oblíbenou činností. Z minulosti vím, že mi některé filmy pomáhají se na chvíli vymanit z náročného období a poskytují mi emocionální i kognitivní úlevu od všedních starostí. Proto jsem se začal zajímat o to, mají-li filmy využití i v rámci terapie, což mě dovedlo k tomuto tématu.

Jak se snaží objasnit práce výše a jak naznačují zmiňované výzkumy, filmy mají sílu na to pomoci lidem v náročných životních situacích, ať už je to formou nabídky nových řešení, úlevných pocitů, když se člověk identifikuje s postavou na plátně, případně prostého chvilkového odpoutání se od současné tíživé situace.

Se stejným předpokladem přistupovala ke svému výzkumu i psychologka Emily Marsick (2010), která své snahy mířila na preadolescenty procházející si rozvodem rodičů. Koncepce jejího výzkumu se tedy odlišuje od naší řešerše zejména ve specifčnosti cílové skupiny a řešeného problému, nicméně základní struktura zůstává obdobná – promítnutí vybraných filmů jedincům tak, aby korespondovaly s náročným tématem, které si řeší.

I další studie ukazují, že správně zvolený snímek může ve správnou dobu a ve vhodné odhadnuté fázi terapie pomoci (Hesley & Hesley, 1998; Hébert & Speirs Neumeister, 2001; Powell et al., 2006). Výzkumů na toto téma existuje celá řada, většinou se zaměřují na konkrétní věkovou či genderovou kategorii a jedná se o kazuistiky v řádu jednotek (Christie & McGrath, 1989; Solomon, 1995).

Náš výzkum si tedy bere konkrétní aspekty z jednotlivých předchozích studií, nicméně nejedná se o replikaci žádného konkrétního výzkumu.

1.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cíle našeho bádání vychází z dřívějších výzkumů. Míříme na popsání subjektivní zkušenosti a emočních prožitků probandů po shlédnutí zvolených filmů. Dále nás zajímá, jakou představu mají lidé, kteří subjektivně prošli depresivními symptomy, o možném využití filmové terapie v praxi. Zajímala nás možná využití této terapie, ale zároveň i případná úskalí. Vzhledem k nižšímu počtu respondentů a kvalitativnímu charakteru výzkumu i zvolené metody analýzy dat se spíše než na komplexní porozumění a obecnou transferabilitu tento výzkum zaměří na specifickou skupinu, s níž bude pracovat o to detailněji a subjektivněji. Na základě těchto úvah byly zvoleny tyto výzkumné otázky

1. Jaký emoční prožitek vyvolávají zvolené filmy s tematikou depresí u osob, které subjektivně prožívaly depresivní symptomy?

Klíčová otázka celého výzkumu si klade za cíl zjistit, jakou emoční odezvu vyvolává ve zvolených osobách sledování filmů s problematikou, kterou si sami prošli. A to jak v průběhu sledování filmu v souvislosti s jeho klíčovými částmi a těsně po jeho skončení, tak v horizontu několika dní po promítnutí během zpracovávání zážitku. V této metodě je důležité i dlouhodobější hledisko a mnohdy trvá delší dobu, než si klient v sobě téma nějak zpracuje a je připraven poreferovat o tom, jaký dopad na něj film měl v oblasti emocí i případných behaviorálních návyků. V rámci této otázky budou rovněž výsledky porovnány s výsledky dosavadních výzkumů na toto téma.

Na otázku budeme hledat odpovědi i skrze identifikování integrálních procesů, které by během filmové terapie měly nastat. Jsou jimi identifikace s postavami, katarze a porozumění (Eğeci & Gençöz, 2017; McKenna, Hevey, & Martin, 2010).

2. Jakou představu mají tyto osoby o možném využití filmu v rámci terapie?

Cílem této otázky je zmapovat to, jestli lze teoretické poznatky, jimiž se práce zabývá v první části, převést do praxe. Tato výpověď bude vycházet výhradně z odpovědí respondentů, kteří byli předem urgováni, aby se nad touto otázkou zamýšleli již během sledování filmu. Emocionální odezva, která je pro úspěch klíčová, totiž může být jak negativní, tak pozitivní. Z předchozích výzkumů víme, že je velmi důležité zvolit správnou dobu pro sledování filmu, stejně jako správný film samotný. S přihlédnutím k těmto poznatkům proto tato otázka pátrá po tom, jak by mohlo využití filmu v terapeutické praxi vypadat, jaké mohou být přínosy a jaká mohou být rizika. Cílem je také získat představu o tom, jestli by filmy mohly pomoci zmírnit depresivní symptomy. Tato otázka je však pouze hypotetická na základě dojmů a představ respondentek.

1.2 Modifikace výzkumu

Původní záměr se zcela odlišoval od konečného provedení výzkumu. Výzkum měl být koncipován jako společné promítání snímků ve větší skupince lidí. Probandi by byli vybráni skrze instituce a odborníky pracující s pacienty s afektivními poruchami. Tím by bylo zajištěno, že probandi mají depresivní symptomy a odborníci, kteří s nimi pracují, by byli schopni posoudit, že tyto symptomy jsou v remisi.

S těmito probandy by následně v chráněném prostoru (pravděpodobně na půdě univerzity) proběhlo společné promítání dvou filmů s odstupem jednoho týdne. Klíčovým konceptem by zde byl následný společný debriefing formou diskuze, která by facilitovala porozumění důležitým momentům a uvědomění si možného přínosu či rizika filmové terapie.

S tímto konceptem se počítalo ještě začátkem podzimu roku 2020. S postupným zhoršováním epidemické situace jsme však byli nuceni přistoupit k online formě výzkumu. Tím bohužel studie přichází o důležitou část, která mohla být velmi cenná pro získání důležitých poznatků, a tou je společný debriefing po shlédnutí snímku. Právě skupinovou diskuzi předchozí studie popisují jako cenný zdroj pro zjišťování toho, jak filmy na participanty působily po emoční stránce (Marsh & Richards, 1988; Powell et al., 2006).

Situace okolo onemocnění covid-19 rovněž velmi znesnadnila původní plán na shánění respondentů. Bylo osloveno šest psychiatrických nemocnic, dále sedm Center duševního zdraví a čtyři denní stacionáře. Všechna tato zařízení pracují s pacienty s afektivními poruchami. Bohužel ta zařízení, která odpověděla, musela spolupráci odmítnout, neboť v tu dobu řešila situaci okolo epidemie covidu-19 a z pochopitelných důvodů neměla kapacity na spolupráci při shánění respondentů. Ze stejných důvodů neproběhlo ani navázání přímé spolupráce s psychiatry, kteří by s takovými klienty přímo pracovali.

Proto jsme přistoupili k nouzovému řešení, a to oslovování potenciálních respondentů napřímo skrze sociální sítě. Příspěvek s nabídkou spolupráce na výzkumu byl zveřejněn ve facebookové skupině „Přiznání psychiatrických pacientů“. Lidé, kteří poté měli zájem se výzkumu účastnit, se ozvali sami. Až na výjimku jedné probandky, která navázala spolupráci skrze svého psychiatra, tím zmizela možnost mít institucemi či psychiatry potvrzeno, že tito

se opravdu léčili či léčí s depresivní poruchou. Ve výzkumu proto byla modifikována podmínka pro přijetí do studie, a to na subjektivní prožívání depresivních symptomů v minulosti a přijetí do psychiatrické péče.

Veškerá komunikace následně probíhala pouze telefonicky či online. Probandům byly sděleny instrukce pro sledování snímků, které si posléze pustili sami doma. Vzhledem k tomu, jak klíčovou složkou pro úspěšné zavedení terapie je následný debriefing, jsme byli vždy k dispozici na telefonu po shlédnutí snímku pro případné ošetření náročných emocí. Nejdéle dva dny po promítnutí každého filmu vždy proběhl individuální pohovor namísto původně plánované společné diskuze.

Naším původním záměrem také bylo ověřit validity výzkumu skrze triangulaci, tj. ověření správnosti sesbíraných dat pomocí více zdrojů. Společně s oslovováním institucí při sběru respondentů do výzkumu jsme plánovali oslovit i zdejší psychiatry. S nimi by byl opět proveden polostrukturovaný rozhovor, v němž bychom pátrali po odpovědích na uvedené výzkumné otázky. I tento záměr však nebylo možné zrealizovat kvůli již zmíněné nemožnosti navázat spolupráci kvůli epidemické situaci.

Online komunikace jistě má svá úskalí a největší ztrátou je v tomto případě pravděpodobně nemožnost uspořádání společného debriefingu. Napříč výzkumy panuje shoda, že právě debriefing je cennou částí v procesu filmové terapie. Snažili jsme se tento nedostatek kompenzovat debriefingem v rámci polostrukturovaného rozhovoru, který proběhl vždy nejdéle dva dny po shlédnutí daného snímku.

Tím, že probandů se přes sociální sítě ozvalo méně, než by bylo s největší pravděpodobností možno získat skrze psychiatrické instituce, je zapříčiněna i nepříliš homogenní skupina. Celá modifikace výzkumu byla koncipována tak, aby tím byla zachována kvalitní metodologie výzkumu a byly ošetřeny potenciální těžko zvládnutelné emoce klientů. Tyto a další úskalí jsou více probrány v kapitole Diskuze.

1.3 Použité metody

Jedná se o kvalitativní metodologii, která cílí na zjištění subjektivně prožívané zkušenosti nízkého počtu respondentů. Kvalitativní výzkum byl zvolen pro specifické téma, které pracuje s relativně málo probádaným tématem, a zároveň pro co nejhlubší porozumění toho, jakou zkušenost filmová terapie nechává v respondentech. Poznatky v této subkapitole jsou čerpány zejména z knihy Smitha a Shinebournea (2012) a dále publikace Řiháčka, Čermáka a Hytycha (2013).

Z výše uvedených důvodů byla pro analýzu nasbíraných dat zvolena *interpretativní fenomenologická analýza* (dále jen IPA). Pro metodu IPA je klíčová právě subjektivní zkušenost každého z respondentů, jichž obvykle bývá nižší počet v rámci jednotek, maximálně pár desítek probandů. Spíše než o deskriptivu a komplexní porozumění dané problematiky se IPA snaží o explorační specifického tématu založené na interpretaci sesbíraných dat i na základě osobní zkušenosti výzkumníka, který do celého procesu analýzy aktivně vstupuje.

Prožitek je v metodě IPA všeobjímajícím tématem, na který by se výzkum měl vždy zaměřit. Popis objektivní reality je zde tedy upozaděn na úkor právě subjektivního prožitku. Jedná se o metodu idiografickou. Klíčovou roli zde hraje i *smysl*, který respondent zkušenosti přikládá. Právě zde má v metodě místo fenomenologický přístup. Výstupem by měla být nejen interpretace získaných specifických dat, ale i přisouzení významu těchto dat a celého výzkumu pro klienta.

Jelikož subjektivní prožitek jde jen velmi těžko objektivně interpretovat, metoda počítá s tím, že nelze vyloučit i osobní zkušenost výzkumníka, která do analýzy a interpretace beze zbytku vstupuje. S tímto jevem se nejen počítá, v metodě IPA je dokonce žádoucí. Právě zkušenost respondenta se mísí se zkušeností výzkumníka skrze nejčastěji užívanou metodu sběru dat interpretativní fenomenologické analýzy, kterou je semistrukturovaný rozhovor. I tento je užit v rámci našeho výzkumu. Tento rozhovor by měl cílit právě na zkušenost klienta, proto jako takový není direktivní a pracuje s otevřenými otázkami. Celý rozhovor by měl vždy směřovat k výzkumným otázkám a korespondovat s cíli výzkumu. V návaznosti na fenomenologický charakter je pro úspěšný rozhovor důležité, aby i klient chápal význam výzkumu a věděl, k čemu budou odpovědi využity.

Rozhovory jsou přepsány a následně dochází ke kódování. V rámci tohoto procesu jsou vyhledávána společná témata, objevující se napříč transkripty všech rozhovorů. Tato témata jsou kódována na základě bohatosti zastoupení a souvislosti s výzkumnou otázkou. Základem je zde vždy pečlivé seznámení se se všemi rozhovory. Vhodné je do textu vstupovat svými poznámkami či zaznamenávat i formy neverbální komunikace. Právě v této fázi se mohou velmi výrazně do procesu vstupovat osobní zkušenosti výzkumníka.

Neměli jsme k dispozici žádný program, který se běžně v rámci metody IPA využívá, proto jsme pro zvýšení kvality našich výstupů provedli „ruční“ analýzu přepsaných textů, a to dvakrát.

Po shromáždění všech témat přichází na řadu samotná analýza. Napříč selektovanými tématy hledáme vzorce a souvislosti, které by měly vytvořit zajímavou mozaiku vybraných výsledků. I zde se projevují zkušenosti výzkumníka, které se zároveň mísí s daty nasbíranými od probandů a zejména s poznatky vzešlými z rešerše na dané téma. Důležitá je na tomto místě i práce s citacemi konkrétních rozhovorů, které by měly vždy dokládat naše interpretace, které v tomto případě nelze podložit kvantitativními daty.

Následuje shrnutí výsledků a představení interpretací sesbíraných dat. Spíše než o deskriptivní přístup se snažíme o interpretace specifických idiografických dat na základě souvislostí mezi vybranými tématy, objevujícími se napříč rozhovory s naší specifickou skupinou.

1.4 Etika

Řádný akademický výzkum musí dodržovat základní etické principy. Nejinak tomu bylo u našeho výzkumu. V rámci těchto principů byla zaručena anonymita všech klientů a citlivá práce s nasbíranými daty. Všechny odpovědi byly anonymizovány a jména byla změněna tak, aby respondenti nebyli rozpoznatelní. Nahrávky, které byly pořízeny, stejně jako transkripty rozhovorů jsou uchovány pouze na zařízení dostupném výhradně pro výzkumníka a po obhájení práce budou smazány. Neexistují žádné soubory, na nichž by byly čitelné údaje respondentů.

Respondenti byli seznámeni nejen s procesem anonymizace dat, ale i s celým průběhem výzkumu. Ještě před zahájením spolupráce byli obeznámeni s předmětem a cílem dané studie, stejně tak byli dopředu informováni, že mohou v jakékoli fázi výzkumu upustit od spolupráce bez udání důvodu.

Uvědomujeme si etickou otázku ohledně výběru filmů v našem výzkumu. Pracujeme se snímky, kde se mohou vyskytnout náročné momenty. Dbali jsme hlavně na to, aby respondenti počítali s tím, že v rámci promítání snímku se objeví i tyto emocionálně náročné scény. S ohledem na tyto chvíle (sebevražedné úvahy, dokonaná sebevražda, rodinné spory) bylo respondentkám nabídnuto ošetření potenciálně náročných emocí, které se v průběhu sledování snímku mohou objevit. Respondentky byly instruovány, aby v takovém případě neváhaly a kdykoliv mi zatelefonovaly pro pomoc se zpracováním těchto emocí skrze krizovou intervenci, v níž jsem vyškolen a dva roky se jí věnuji profesně. Tato nabídka byla v průběhu seznamování s výzkumem několikrát zdůrazněna, neboť vycházíme z předchozí literatury, která varuje před používáním filmové terapie v akutní fázi. Tuto možnost žádná z respondentek nevyužila a pro ujištění se o tom, že nedošlo k dekompenzaci, jsme tuto možnost ještě mapovali během debriefingu.

Tuto etickou otázku jsme také řešili pomocí BDI-II, kterou všechny respondentky vyplňovaly ještě před začátkem spolupráce, abychom zjistili aktuální hodnotu subjektivně prožívaných depresivních symptomů. Zmiňovaly jsme, že spolupráce byla navázána pouze tehdy, když výsledky depresivních symptomů vyšly nejhůře na hodnotě *mírné*. Z tohoto důvodu jsme byli nuceni odmítnout spolupráci se dvěma zájemkyněmi, které vykazovaly závažnější symptomy abychom dodrželi etické principy. Všechny naše respondentky tak vykazovaly nejhůře mírné depresivní symptomy, u většiny respondentek byly na hodnotě minimální.

Dále věříme, že etické hledisko zde bylo ošetřeno s přihlédnutím k výsledkům naší práce. Většina respondentek dle vlastního hodnocení neodchází s převládajícím negativním dojmem či nevyřešenými negativními pocity. Sebevražedné scény vyvolaly úzkost, ale dle odpovědí zafungovaly principy filmové terapie a na konci filmu došlo k potřebné úlevě těchto náročných emocí. U jedné z klientek dále přetrvávaly negativní emoce, které ale nesouvisely

se sebevražednými scénami, ale s identifikací s konflikty v rodině. Každý z respondentů také svou účast potvrdil informovaným souhlasem, jenž je předmětem *Přílohy č. 1*

2. Respondenti

Jelikož se jedná o výzkum kvalitativní a jeho výsledky nejsou přenositelné na obecnou populaci, rozhodli jsme se pracovat se specifickou skupinou respondentů. Konkrétně se jedná o dospělé ženy, které v posledních pěti letech subjektivně prožívaly depresivní symptomy, které jsou nyní alespoň šest měsíců v remisi. Pět let volíme proto, aby časový odstup od těchto symptomů nebyl příliš dlouhý a respondenti si stále pamatovali své dojmy z depresivních stavů. Původním záměrem bylo pracovat s oběma pohlavími, u nichž by byla psychiatrem či institucí potvrzena léčba s depresivní poruchou v posledních pěti letech. Jak je však uvedeno v subkapitole 4.3 *Modifikace výzkumu*, nepodařilo se sehnat dostatek daných respondentů, proto je skupina menší a pouze jednopohlavní. I taková skupina je dle metodologických pravidel metody IPA postačující pro potřeby našeho výzkumu, výsledky však budou aplikovatelné na specifitější skupinu.

Depresivní symptomy byly zvoleny z několika důvodů. Jedním z nich je vyšší prevalence depresivní poruchy oproti ostatním diagnózám a předpokládali jsme, že to usnadní oslovení většího množství respondentů. Jelikož se jednalo o časově náročnou spolupráci, bylo také potřeba, aby symptomy zvolené nemoci byly na ústupu. Právě depresivní symptomy je ve srovnání se symptomy dalších poruch s vyšší prevalencí do určité míry snazší dostat do stavu remise. V neposlední řadě jsme také vycházeli z literatury na toto téma. Užití filmové terapie v rámci klinické psychologie je nejčastější právě u afektivních poruch, a to zejména na zmírnění depresivních symptomů (Sharp et al., 2002; Solomon, 2001).

U všech našich respondentek se v posledních pěti letech objevila depresivní nálada, snížená energie a pocity viny. Pět z nich popisuje sníženou schopnost koncentrace a zvýšenou únavu a potřebu spánku. Čtyři respondentky pak mezi svými symptomy z minulosti identifikují i narušené pocity sebedůvěry.

Dalším požadavkem bylo, aby tyto depresivní symptomy byly u respondentů v remisi. U klientů s akutními depresivními symptomy by bylo velmi těžké navázat spolupráci, zároveň by pro ně absolvování výzkumu mohlo být nejen velmi vyčerpávající, ale mnohdy i rizikové.

Jak ukazuje rešerše v předchozí části práce a posléze i naše výsledky, volba času, kdy film shlédneme, je klíčová. Pokud zvolíme nevhodnou chvíli, filmová terapie může být příliš zátěžová. Remise depresivních symptomů byla zjištěna pomocí druhé revize *Beckova inventáře depresí* (dále jen BDI) (Beck et al., 1996). Pro účast na výzkumu bylo potřeba, aby závažnost klientových symptomů byla aktuálně na hodnotě *mírná* nebo *minimální*. Z tohoto důvodu jsme byli nuceni dvě uchazečky vyřadit z výzkumného souboru. Bylo jim vysvětleno, proč je důležité, aby byly jejich symptomy na ústupu. Jde zejména o jejich ochranu i o homogenitu nasbíraných dat. Pokud zjišťujeme zkušenost, která však stále probíhá a je náročná, omezujeme tím důležitou schopnost sebereflexe a zároveň můžeme vyvolat nepříjemné stavy.

Jedním z kritérií, které bylo uvedeno v rámci výzvy, byla obliba sledování filmů jako volnočasové aktivity. Tento požadavek uvádí většina výzkumů uvedených v rešerši, namátkově například Hesley (2000), Sharp (2002) či Solomon (2001), jako důležitý pro úspěšnou aplikaci terapie, proto jsme jej použili i v našem výzkumu.

Záměrem bylo respondenty vybrat pomocí účelového výběru na doporučení institucí či psychiatrů. Pro tyto účely byl vytvořen informační leták, jenž je součástí *Přílohy č. 2*. Takto byla nakonec vybrána pouze jedna klientka. Výběr byl nakonec modifikován a došlo k výběru pomocí *sebevýběru*, tj. pracovali jsme s respondenti, kteří se do výzkumu přihlásili dobrovolně na základě výzvy (*Příloha č. 3*), která byla vyvěšena na sociální síti Facebook ve skupině *Přiznání psychiatrických pacientů*. Tato skupina byla zvolena schválně tak, aby sdružovala lidi se zkušeností s psychiatrickým prostředím a byla zde tudíž větší pravděpodobnost výskytu potřebného vzorku.

Na základě této výzvy se ozvalo deset zájemců. Všichni byli seznámeni s průběhem výzkumu buď skrze mail, nebo po telefonu, přičemž obsah sdělení zůstal stejný. Byl vysvětlen náš záměr a cíl výzkumu, respondenti byli seznámeni s nároky, které na ně budou kladeny, i s časovou náročností, která se s výzkumem pojí (shlédnutí dvou filmů v rámci dvou týdnů + výstupní rozhovory po každém filmu). Dva z respondentů byli z výzkumu vyřazeni kvůli závažným depresivním symptomům, jak bylo uvedeno výše, a další dva respondenti v průběhu výzkumu přestali odpovídat a nereagovali ani na opětovné výzvy. Jeden uchazeč se po seznámení s informovaným souhlasem rozhodl výzkumu neúčastnit.

Celkově tak zbylo šest respondentek, které prošly všemi fázemi výzkumu a splňovaly potřebná kritéria. Jednalo se pouze o ženy, muže se do výzkumu nepodařilo sehnat. Je na to brán zřetel při diskuzi výsledků, jejichž interpretace jsou tak aplikovatelné pouze na specifickou skupinu.

Všechny respondentky byly ve věku 18 – 52 let. V tabulkách níže jsou uvedené jejich charakteristiky. Byly sesbírány pouze ty charakteristiky, které jsou důležité pro pozdější interpretaci výsledků na základě výzkumných otázek. Původním záměrem bylo i zachycení diagnózy, se kterou se klientky léčily, nicméně kvůli absenci autority, která by tuto diagnózu potvrdila, bylo toto kritérium změněno na subjektivní prožívání depresivních symptomů v posledních dvou letech, které potvrdily všechny klientky. Proto zde uvádíme pouze věk klientek a nejvyšší dosažené vzdělání. V tabulkách č. 1 a 2 jsou tyto charakteristiky shrnuty. Uvádíme i medián věku respondentek, který lépe svědčí o věkovém rozložení.

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Maximální věk respondentek | 52 |
| Minimální věk respondentek | 18 |
| Věkový průměr | 29,2 |
| Věkový medián | 26 |

Tabulka č. 1 – Věkové rozložení

| Respondentky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Věk | 29 | 23 | 18 | 52 | 21 | 32 |
| Nejvyšší dosažené vzdělání | VŠ | SŠ | ZŠ | VŠ | SŠ | VŠ |

Tabulka č. 2 – Věk a vzdělání respondentek

Pro potřeby kvalitativního výzkumu musí být zachována homogenita výzkumného souboru. Toho je zde docíleno díky tomu, že všechny respondentky uvádí v posledních dvou letech subjektivní prožitek depresivních symptomů.

2.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal od začátku února do druhé půlky března 2021. Na základě výzvy na sociálních sítí Facebook a doporučení psychiatra nás zkontaktovalo celkově jedenáct zájemců, z nichž nakonec pouze šest prošlo všemi fázemi výzkumu. Těmto šesti respondentkám byl výzkum představen, byly informovány o cílech výzkumu a jeho smyslu. Byly seznámeny s možnými riziky a následně podepsaly informovaný souhlas. Následně jim byly předány instrukce. Kvůli aktuální epidemické situaci bylo vše prováděno po telefonu či online. Všem respondentkám byly nabídnuty možnosti komunikace online přes platformu ZOOM či Skype, případně přes telefon. Všechny respondentky si zvolily volbu po telefonu.

Přes telefon jim byly předány potřebné instrukce o průběhu výzkumu. Byly informovány o tom, jaké filmy si mají pustit, o čem zhruba filmy jsou a na co je potřeba se soustředit. Byly zmíněny principy, na jejichž základě filmová terapie stojí, a s tím spojené důležité momenty či postavy z filmu, na něž je třeba brát zřetel. Všechny filmy bylo možné si legálně přehrát na platformě HBO GO, případně na stránkách www.freefilm.to. Respondentky byly instruovány, aby si filmy pustily alespoň v týdenním rozestupu. Důvodem je to, že filmy se i přes doporučování v rámci filmové terapie zabývají tematikou depresí, která může být náročná na zpracování, proto je vhodné si filmy dávkovat postupně. Zároveň je také třeba určitý čas, který je potřeba na zpracování zážitku a provedení polostrukturovaného rozhovoru.

Důležité bylo respondentkám předat i instrukce k samotnému shlédnutí snímku. Vzhledem k tomu, že nebylo možné uskutečnit „řízené“ promítání pod naším dohledem, kdy bychom mohli akcentovat určité scény, film stopovat a vkládat poznámky, jako to doporučuje např. Raingruber (2003), přistoupili jsme k formě samostatného promítání doma. V tomto případě je vhodnější pustit si snímek nepřerušovaně a v klidném prostředí. Respondentkám bylo doporučeno, aby si v průběhu filmu dělaly poznámky, které by odkazovaly na důležité momenty filmu, případně by zaznamenávaly jejich emoční prožitky.

Nejpozději dva dny po každém shlédnutí proběhl debriefing po telefonu, který měl formu polostrukturovaného rozhovoru. Právě tímto způsobem byla nasbírána potřebná data. Rozhovor byl nahráván a následně byl převeden do psané formy pro potřeby metody IPA.

Průběh rozhovoru odpovídal předem nastavené struktuře. Jelikož se jedná o semistrukturovaný rozhovor, průběžně jsme vstupovali do hovoru doplňujícími otázkami. Samotný průběh rozhovoru je probrán v následující subkapitole. Respondentky byly informovány o tom, že je v pořádku držet si hranice a odpovídat jen na to, co jim není nepříjemné.

2.2 Rozhovory

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, držících se dané osnovy. Zároveň jsme ale nechali respondentkám více prostoru volně mluvit a popisovat subjektivní zkušenost, neboť náš výzkum cílí zejména na subjektivní emoční prožitek vyvolaný filmem.

Konkrétní otázky rozhovoru byly formulovány tak, aby těsně korespondovaly s představenými výzkumnými otázkami.

Jak vám bylo během sledování filmu a po jeho skončení?

První otázka je schválně formulována velmi obecně, přesto ale míří na emocionální prožitek. Cílem této otázky je také respondentku naladit na rozhovor a vyvolat v ní vzpomínky na prožitky, které se objevovaly během filmu. Slouží také k celkovému zhodnocení vlastních dojmů. V odpovědi na tuto otázku většinou přicházely popisy vlastních pocitů a celkové zhodnocení dojmů. Orientuje se i na srovnání toho, jak se případně emoce měnily v čase během sledování filmu a po jeho skončení. V návaznosti na tuto otázku je klíčová následující specifická otázka:

Popište prosím emoce či pocity, které se u vás během filmu a po jeho skončení objevovaly.

Tato otázka je specifictější a mapuje konkrétní emoční prožitky. V souvislosti s touto otázkou vždy docházelo i ke zjišťování toho, k jaké konkrétní filmové události, postavě či scéně se daná emoce vázala. Cílem bylo získat specifické emoční prožitky, které během filmu u respondentek vyvstávaly v souvislosti s děním na plátně.

Nacházela jste ve filmu podobné situace, jaké jste sama zažila?

Touto otázkou jsme zamýšleli zachycení procesů, které jsou velmi cenné pro úspěch terapie, jsou jimi identifikace, katarze a porozumění. Vycházíme tím z literární části, v níž jsme uváděli, proč jsou tyto procesy pro úspěšné zakotvení terapie klíčové. Může jít o podobné situace v rámci přemýšlení postav, mezilidských interakcí či popisů pocitů postav. Chtěli jsme proto zjistit, jestli respondentky v průběhu filmu zažívaly momenty, kdy by se s postavami identifikovaly. Pokud tomu tak bylo, v rámci doplňujících otázek jsme zjišťovali, co této identifikaci napomáhalo. Toto zjištění je důležité pro případný budoucí výběr vhodného filmu, který lze v rámci filmové terapie užít.

Objevily se ve filmu nějaké scény, které vám byly nepříjemné?

Cílem této podotázky byla identifikace možných rizikových segmentů filmu. Většinou však tuto otázku ani nebylo přímo nutné položit, neboť respondentky se o nepříjemných situacích rozpovídaly samy v rámci podotázky momentů, které byly podobné těm, které samy zažily.

Součástí této podotázky bylo i zjišťování toho, co jim ve zvládnutí těchto momentů pomáhalo, přičemž ve většině případů se o to postaral film samotný rozřešením dějové linky.

Jak věrně podle Vás daný film vyobrazuje depresivní stavy?

Tato otázka je kladena, protože věrnost vyobrazení situace filmové postavy je velmi důležitá pro úspěšný proces identifikace s danou postavou. Pokud by měly respondentky pocit, že deprese jsou ve filmu zobrazeny neúplně či přímo špatně, bylo by mnohem náročnější se do postavy vcítit a byla by ohrožena úspěšná aplikace této metody.

Jaké by mohl mít film využití v terapii? Vidíte v tom nějaké výhody či nějaká rizika?

Otázka se cele prolíná s jednou z formulovaných výzkumných otázek. Může být náročné na tuto otázku odpovědět, proto byly respondentky předem instruovány, aby se nad odpovědí zamýšlely už během samotného filmu a své podněty zanášely do poznámek. Pokud se i tak nedařilo nalézt odpověď, zkoušeli jsme si představit proces shlédnutí obou filmů v době, kdy depresivní symptomy v remisi nebyly. Cílem bylo zjistit konkrétní doporučení, za jakých okolností je vhodné filmy v terapii užívat, a kdy je vhodnější užít metody jiné.

Tyto debriefingy proběhly po shlédnutí každého z filmů. Po podstoupení obou rozhovorů bylo shrnuto, k čemu jsme došli. Následně byly respondentky znovu informovány o tom, jak bude dále s nasbíranými daty nakládáno, komu budou k dispozici a co bylo účelem našeho výzkumu. Padla ještě otázka na to, jestli něco nezůstalo nevyřešeno. Zmapovali jsme také pocity respondentek z rozhovorů a zda jim tyto rozhovory připadaly smysluplné, přičemž odpovědi na poslední otázku byly k našemu potěšení vždy kladné. V neposlední řadě samozřejmě bylo respondentkám poděkováno za v každém ohledu dobrou spolupráci a ochotu se na výzkumu podílet a investovat do něj svůj čas.

3. Filmy

Do našeho výzkumu jsme zvolili dva filmy. Tento počet je zvolen s ohledem na časovou investici, která by při více filmech mohla být pro respondentky příliš vysoká, jeden film však zároveň nemusí díky specifčnosti tématu být pro respondentky dostačující kvůli nestejným postavám či neodpovídajícímu tématu. V ideálním případě je v rámci filmové terapie film zvolen vždy tak, aby korespondoval s tématem klienta co nejúžeji. Kvůli tomu, že se nejedná o kazuistiku, ale pracujeme s více respondentkami, nebylo možno zvolit film, který by tématem seděl respondentkám vždy na míru.

Zásadním kritériem bylo to, aby se filmy zabývaly depresivní tematikou. Pro náš výzkum jsou totiž zvoleny respondentky, které v posledních dvou letech subjektivně prožívaly depresivní symptomy. Postavy ve filmu si proto musely procházet podobnými situacemi, aby snáze došlo k identifikaci s charaktery. Zároveň by ale film měl mít optimistický nádech, zaměřovat se na budoucnost a poskytovat klientům možné řešení vlastních problémů (Hesley & Hesley, 1998). Existuje mnoho filmů zabývajících se postavami bojujícími s depresemi, které nemají šťastný konec, takové však nejsou pro filmovou terapii vhodné.

Základem také zůstává, aby byl terapeut, v našem případě výzkumník, dobře obeznámen s filmem, který klientům doporučuje. Měl by dobře znát charaktery ve filmu vystupující, stejně jako základní premisu a vyústění filmu. Důležité je také identifikovat možné kritické momenty filmu proto, aby na ně své klienty připravil a byl schopen ošetřit silné emoce, které mohou v reakci na tyto momenty vyvstat. Proto jsem do výzkumu zvolil filmy, které jsem alespoň jednou viděl. Před zahájením výzkumu jsem je ještě alespoň jednou shlédl, přičemž některé důležité scény jsem si promítl víckrát.

Vycházeli jsme také z předcházející literatury na toto téma. Jak je zmíněno v teoretické části, vůbec první ucelenou publikací na téma filmové terapie byl výčet doporučených filmů pro konkrétní témata, se kterými klienti do terapie přichází (Solomon, 1995). Již v této první publikaci najdeme oba filmy, které užíváme v našem výzkumu. Jsou jimi *Obyčejní lidé* (Redford, 1980) a *Hodiny* (Daldry, 2002).

Nevycházeli jsme pouze z jednoho zdroje. Existují i další publikace, které doporučují filmy na základě tématu. Čerpali jsme i z článku psycholožky Wolzové (2020), která poskytuje pravidelně aktualizovaný a rozsáhlý seznam filmů, které doporučuje pro různé oblasti terapie. Nejde jen o klinickou psychologii, doporučuje i filmy pro vyrovnávání se se smrtí, párové poradenství, PTSD, agorafóbií nebo schizofrenní poruchy. I na jejím seznamu filmů doporučených pro terapii depresivní poruchy najdeme filmy, které užíváme v našem výzkumu. Vzhledem k tomu, že na těchto filmech se shoduje více zdrojů a znal jsem je už z dřívějška, vybral jsem tyto filmy.

3.1 Obyčejní lidé (1980)

Varování: Následující odstavce vyzrazují děj filmu

Film se odehrává v Chicagu v osmdesátých letech. Hlavní postavou je středoškolák Conrad, u kterého se objevují depresivní symptomy poté, co při nehodě během plavby na moři zemře jeho starší bratr, kterého všichni považovali za „toho oblíbenějšího“. U Conrada se objevují velké pocity viny. Jeho depresivní stavy dále přizívají rodinné konflikty. Jeho matka Beth se vůči synovi i přes jeho vážné stavy chová velmi chladně, Conradův psychický stav tabuizuje a zlehčuje, zároveň se celkově chová velmi pedantsky i vůči svému manželovi, Conradovu otci Calvinovi. V rodině jsou velmi často konflikty, jejichž předmětem jsou právě i Conradovy deprese a nepřímé obviňování Conrada z bratrovy smrti. V rozhodujících chvílích konfliktu se nakonec Conradův otec vždy přidá na stranu matky a její chování omlouvá, čímž se Conradovi vzdaluje.

Oproti matce se Calvin alespoň snaží být synovi oporou, dává mu pochopení, zároveň ale sám bojuje s přijetím smrti oblíbeného syna a neumí plně vyjadřovat své emoce, proto jsou jeho snahy o pochopení Conradova stavu většinou spíše na škodu. Zároveň i u něj se do jisté míry objevují depresivní symptomy. V průběhu celého filmu tak k sobě otec se synem vzájemně hledají cestu, zároveň bojují s matčinou odmítavostí.

Do celého procesu posléze vstupuje psychiatr Berger. Conrad se nejprve staví k celé terapii odmítavě, je těžké se pro něj otevřít. Jeho stav se pak postupně zhoršuje poté, co zjistí, že jeho kamarádka, se kterou se seznámil při pobytu v psychiatrické nemocnici, a která byla jedinou osobou, jež jeho pocitům rozuměla, spáchala sebevraždu. Následně dojde k dosud

nejvyhrocenější hádce, při které Conrad vyčte matce, že ho nikdy nenavštívila při pobytu v psychiatrické nemocnici. Dále pronese pro film důležitou větu, že kdyby v psychiatrické nemocnici byl jeho zemřelý bratr, určitě by ho navštívila, načež matka mu odvětlí, že jeho bratr by v takové nemocnici nikdy nebyl. Conrad se rozpláče, otec Calvin ho začne utěšovat, ale opět matku omlouvá, což Conrada donutí opustit dům. Tento konflikt zde zmiňujeme, protože demonstruje jádro všech rozporů v rodině.

Právě v těchto nejtěžších chvílích Conrad poznává, že psychiatr mu může být opravdovou oporou, a právě k němu se uchýlí v nejtěžší chvíli. Rozrušený mu zavolá uprostřed noci a psychiatr se s ním setká ve své ordinaci. Pomocí velmi návodných otázek, které jsou pro Conrada nadmíru nekomfortní, ho donutí pojmenovat své emoce, které následně v silném afektu vyvěrají na povrch. Conrad si následně sám pojmenovává neschopnost změnit matčino chování, ale potřebu jej přijmout, a zároveň to, že nenese vinu za smrt svého bratra. Pro ilustraci je zde tato scéna transkribována, neboť se jedná o moment důležitý i pro náš výzkum. Dialog je přepsán včetně vulgarismů, aby byla zachycena autenticita projevů postav.

U psychiatra Bergera v ordinaci

Conrad: *Pláče* „Něco potřebuju.“

Berger: „Co potřebuješ? Řekni.“

Conrad: *Křičí* „Nejde to zastavit!“

Berger: *Klidně* „Nesnaž se o to.“

Conrad: „Ale musím, nejde to! Musím se kvůli tomu přestat trápit!“

Berger: *Odpovídá hned a rázně* „Kvůli čemu?“

Conrad: „Co jsem udělal!“

Berger: *Dál rázně* „Cos udělal?“

Conrad: „Co jsem *jemu* udělal!“

Berger: „Cos udělal?“

Conrad: „No něco, prostě něco, chápete?! Někdo za to přece může, jinak to sakra přece všechno nemá žádný smysl!“ *Vstává a naštvaně s pláčem přechází po místnosti*

Berger: „Smysl? Jaký smysl? Stalo se to.“ *Taky vstává a přizpůsobuje formu mluvy Conradovi.*

Conrad: „Ne, to ne, to jsem nemyslel... Bucku, já jsem nechtěl...“ *Pláče a vzpomíná na událost, při které se utopil jeho bratr Buck.*

Berger: „Ale já to vím. Nemohl jsi za to!“

Conrad: „Ale ano. Řekl jsi mi, ať stáhnou plachtu, ale já nemohl, zaseklo se to! Bylo zaseklý to pitomý lano! A já se o to teď mám postarat!“ *Mluví na psychiatra, ale oslovuje svého bratra.*

Berger: „A to nebylo fér, že?!“ *Opět se přizpůsobuje řeči Conrada*

Conrad: „Ne, nebylo! A pak mi řekneš: „Vydrž!“, ale pak se mě pustíš! Řekni, proč ses mě pustil?!“ *Poprvé vidíme situaci bratrovy smrti – na překlopené lodi se vzájemně s Conradem drží, bratr ho utěšuje, pak se jejich ruce pustí a bratr mizí pod hladinou.*

Berger: *Mluví za bratra a křičí* „Protože už jsem nemohl!“

Conrad: „Jo?! Tak jdi do pr*ele, blbče!“ *Sesouvá se na zem a zoufale pláče.*

Berger: *Dává mu prostor, hovoří klidně* „Zlobit se na něj bolí, vid’?“

Conrad: „Jo. Nebyl opatrný. Prostě si nedal pozor. Nechápal, že by se něco mohlo stát.“

Berger: „Ale něco se může stát, i když jsou lidé opatrní.“

Conrad: „Zůstali jsme tam a neměli jsme. Proč jenom se pustil?“

Berger: „Možná jsi byl silnější. Napadlo tě někdy, že jsi možná byl silnější?“ *Nechává doznít otázku, Conrad se na něj se zájmem podívá.* „Jak dlouho se ještě budeš trestat? Kdy toho necháš?“

Conrad: „Ach bože, já bych rád.“

Berger: „Tak proč ne?“

Conrad: „To není tak lehký. Bože, jak já ho měl rád.“

Berger: „Já vím.“

Následně mluví o smrti Conradovy kamarádky, kterou si Conrad také vyčítá. Objevují se u něj další výčitky, protože myslel, že její sebevražedné tendence měl odhalit, což Berger normalizuje, ale opět z něj snímá pocity viny, zároveň dál působí velmi rázně.

Dochází i ke konfrontaci mezi matkou a otcem, kteří mezitím na žádost matky odjeli na dovolenou, což dál jen ilustruje útěk matky od problémů. Calvin se zde poprvé Beth postaví na odpor a brání Conrada, který ale není přítomen. Opět zde poskytujeme transkript této scény.

Na golfu

Beth: „Měli bychom hrát golf častěji. Možná příští prázdniny jenom golf.“ *Směje se.*

Calvin: „To jo, to by se Conradovi líbilo.“

Beth: „Tohle děláš úmyslně, nebo je to podvědomé?“

Calvin: „No, řekla jsi prázdniny, snad si myslela i na něho.“

Beth: „Divím se, že jsi mu ještě nezavolał, co jsme tady.“

Calvin: „Chci mu zavolat večer.“ *Beth si v reakci povzdechne a odchází se napít s kamarády.*

Calvin: „Domluv to, co si začala.“

Beth: „Nemá cenu se o tom bavit.“

Calvin: „Já myslím, že má.“ *Zastavuje ji.*

Beth: „Ovládá tě, i když jsi tři tisíce kilometrů daleko.“

Calvin: „Ten problém není on!“

Beth: „Že ne?!“

Calvin: „Mluvme o tom, co tě trápí!“

Beth: „Ne, mluvme o tom, co trápí tebe! Protože to chceš, no ne?“ *křičí.*

Calvin: „Páni. Co jsem udělal, že máš na mě takový vztek?“

Beth: „Ne, ty jsi neudělal nic, ale jsi přesvědčený, že za všechno můžu já!“

Calvin: „Co? Neumíš to vidět jinak, než jen jak se to dotýká tebe?!“

Beth: *Křičí* „Ne, neumím! A ty taky ne! To neumí vůbec nikdo. Já jsem v tom jen možná trochu upřímnější.“

Calvin: *Taky začíná křičet* „Tak přestaň být tak strašně upřímná a začni být velkorysá! Začni na chvílku myslet na něj, proboha!“

Beth: „Nevím, co ode mě Conrad čeká. Že ho budu objímat pokaždé, když udělá zkoušku? Tohle já neumím! Nevím, jak reagovat, když někdo řekne „*Ted' jsem něco dokázal, měj mě ráda!*““ Neumím!“

Calvin: „Conrad jen potřebuje vědět, že necítíš nenávist! Nic víc.“

Beth: „Nenávist?! Bože! Jak bych mohla? Matka nemůže nenávidět syna! Tohle ti řekl? Vidíš, jak bereš všechno, co říká, bez nejmenších pochyb a ode mě to tak brát nemůžeš, co?!“

Calvin: „Já se jenom snažím udržet rodinu!“

Beth: *křičí* „Ach bože, já už nevím, co ode mě všichni chcete!“ *Přichází rodinný přítel, který ji ujišťuje, že všichni chtějí, aby byli Conrad, Calvin i Beth šťastní.*

Beth: „Šťastní? Řekni mi, co to podle tebe asi tak je! Ale nejdřív se ujisti, že máš děti v pořádku! Že žádné z nich nespadlo z koně, ani je neporazilo auto! Ani se neutopilo v tom bazénu, kterým se tak chlubíš! A potom za mnou přijď a řekni mi, jak mám být šťastná!“ *Pláče a odchází.* Poprvé v celém filmu se zde Beth otevřela a ukazuje se tak, že i její chování je částečně projevem vypořádávání se se smrtí syna. Ona jako jediná však o problémech nechce mluvit a ani je řešit.

Po této scéně se vrací domů, kde Calvin manželce oznámí, že se chce rozvést. Beth na to reaguje tichým přijetím, začne si balit věci a propuká v pláč, který se snaží zadržet. Conrad sleduje odjezd matky. Je na něm vidět, že je klidnější, před odjezdem mluví o svých symptomech otevřeně. Následně dochází k finální výměně mezi Conradem a Calvinem, kdy Calvin Conrada ujišťuje o tom, že smrt bratra nebyla ničím vina a Conrad to přijímá. Zároveň se vzájemně omluví za to, že si nenaslouchali, poprvé si vyznají lásku a film končí v jejich objetí.

U Conrada film ukazuje pouze exogenní příčiny jeho depresivních symptomů. Film ukazuje všechny somatické projevy, ztrátu energie i zájmů, myšlenky na smrt a suicidální myšlenky, narušená schopnost koncentrace, únava a zejména pocity viny. Do toho vstupují interpersonální konflikty s matkou, otcem i vrstevníky. Film zároveň zkoumá téma vztahu s terapeutem, který je zde klíčový pro Conradovo uvědomění si vlastních pocitů.

3.2 *Hodiny (2002)*

Varování: Následující odstavce vyzrazují děj filmu

Příběh se soustředí na tři ženy ve třech dnech – slavnou spisovatelku Virginii Woolfovou, Lauru a Clarissu. Každá z nich žije v jiné době – příběh Virginie se odehrává převážně v roce 1923, příběh Laury v roce 1951 a Clarissy v roce 2001. Spojuje je však jedno – slavná novela *Paní Dallowayová*, která vyšla v roce 1925.

Děj zde popíšeme chronologicky, přestože ve filmu se linky vzájemně prolínají i ovlivňují. Virginie v roce 1923 pracuje na své nejslavnější novele a objevují se u ní depresivní symptomy. Neustále je v konfliktu jak se svým manželem Leonardem, tak služebnictvem. Leonard, který se živí tiskařinou, se Virginii stále snaží pomoci, ale je pro něj náročné porozumět jejím pohnutkám. Žijí spolu na samotě v klidném Richmondu kousek od Londýna.

Jedno odpoledne za Virginii z Londýna dorazí její sestra a tři děti. Je znát, že Virginia touží po podobném životě, který vede její sestra. Virginiiiny pohnutky jsou následně akcentovány skrze psaní novely, kde Virginia přemýšlí o tom, že zabije hlavní hrdinku. Zajímavý je moment, kdy děti naleznou mrtvého ptáčka. Virginie si vedle něj lehá, uvažuje nad smrtí a nad tím, jestli vůbec záleží na tom, že někdy přestane existovat, když vše bez ní bude pokračovat dál. Klade si otázku, jestli jí vědomí konečnosti jejího života vadí, nebo naopak utěšuje. Po tomto momentu sestře prozradí, že nezabije hlavní hrdinku, ale někoho jiného. Sestra poté odjíždí, přičemž při jejím odjezdu ji Virginie vášnivě políbí. Dává tím najevo svou touhu po její blízkosti, po stejném štěstí, jaké zažívá ona. Rozmlouvají spolu o tom, jestli někdy Virginii bude lépe. Posléze se rozhodne také odjet, na nádraží u vlaku ji ale dostihne její manžel. Jejich rozmluva je zde přepsána, protože do ní vstupuje několik důležitých témat.

Leonard: „Marně jsem tě hledal!“

Virginie: „Pracoval jsi na zahradě, nechtěla jsem tě rušit.“

Leonard: „Rozruší mě, když zmizíš!“

Virginie: „Já nezmizela. Šla jsem se projít.“

Leonard: „Projít? Musíme domů. Nelly (služebná) vaří. Měla náročný den. Jsme povinni tu večer sníst.“

Virginie: „Taková povinnost není. Neexistuje!“

Leonard: „Máš povinnost vůči vlastní přičetnosti.“

Virginie: „Trpěla jsem toto opatrovnictví, toto uvěznění! Obklopují mě lékaři! Kamkoliv se hnu mi sdělují, co je v mém zájmu!“

Leonard: „Oni vědí, co je v tvém zájmu!“

Virginie: „Ne, neví! Nehájí mé zájmy!“ *Křičí*

Leonard: „Virginie, vím, že je to těžké pro ženu s tvým... tvým talentem. Těžko pochopíš, že svůj stav nedokážeš posoudit!“ *Také křičí.*

Virginie: „A kdo jej pochopí lépe?“

Leonard: *Neovládá vztek* „Máš určitou anamnézu! Omezení pohybu už znáš. Vzali jsme tě do Richmondu, protože máš za sebou záchvaty ztráty vědomí, slyšela si hlasy. Jsi tady, aby sis nenapravitelně neublížila. Dvakrát ses pokusila zabít! Denně se toho hrozím. Ten tiskářský stroj jsme nepostavili pro nic za nic, ale aby ses měla čím obírat pro své zdraví.“

Virginie: „Něco jako vyšívání?“

Leonard: *Naštvaně křičí* „Je to pro tvé uzdravení! Je to z lásky! Neznat tě lépe, nazval bych tě nevďěčnicí.“

Virginie: „Já jsem nevďěčná? Ty mi říkáš nevďěčnice? Můj život mi byl uloupen. Žiji ve městě, ve kterém žít nechci, žiji život, který žít nechci! Jak se to stalo?“ *Sedá si.* „Musíme se přestěhovat do Londýna.“

Leonard: „Tohle nejsi ty. Mluví z tebe tvá nemoc.“

Virginie: „Tohle je jen a jen můj hlas.“

Leonard: „Ne, to je ten hlas, který slýcháš!“

Virginie: *Naštvaně křičí* „Není! Říkám to já! V tomhle městě umírám!“

Leonard: „Kdybys uvažovala jasně, věděla bys, že to Londýn tvůj stav zhoršil.“

Virginie: „Kdybych uvažovala jasně? Kdybych uvažovala jasně, Leonarde, řekla bych ti, že se zmítám sama v hluboké temnotě a pouze já sama chápu svůj stav. Jak říkáš, denně se hroziš mé záhuby. I já s tou hrozbou žiju. Mám na to právo jako každá lidská bytost. Nechci dusivé umrtvující předměstí, chci prudký náraz velkoměsta. I ta nejubožejší pacientka má nárok vyjádřit se k léčbě. Vyjadřuje tím své lidství. Kvůli tobě bych chtěla být v tomhle klidu šťastná. Ale mám-li zvolit buď Richmond, nebo smrt, pak volím smrt.“

Leonard: *Váhá* „Dobrá, jedeme do Londýna.“

Tato výměna je zde zmíněna z několika důvodů. Zejména je zde během pár vět dobře nastíněno, jak Virginie nahlíží na dosavadní proces léčby a nemožnost se rozhodnout o něčem tak důležitém, jako je vlastní přičetnost. Tento moment je následně i důležitý pro náš výzkum. Dále jde také o dobrou ukázkou toho, jak na depresivní symptomy nahlíží okolí. Ze strany Leonarda vidíme starost a strach o život Virginie, zároveň ji však stále předhazuje její onemocnění, jako by to byla jediná věc, která ji definuje.

Doma spolu následně rozmlouvají o smrti postavy z knihy. Leonard se ptá, proč vůbec někdo musí zemřít, na což Virginie odpovídá, že je to kvůli kontrastu. Ostatní si pak budou života vážit více. Její linka končí její sebevraždou utopením se v blízké řece.

V roce 1951 sledujeme Lauru Brownovou, která čeká své druhé dítě. S manželem a zhruba šestiletým synem žijí na předměstí Los Angeles zdánlivě šťastně. Manžel každé ráno odjede do práce a Laura se stará o krásný dům. Sama však svůj život vnímá jako velmi konvenční, její emoce ve filmu jsou velmi oploštělé. Únik jí poskytuje právě novela od Virginie Woolfové. Navštíví ji kamarádka, která se svěří, že nemůže otěhotnět. Laura ji utěšuje, vzájemně mezi nimi dojde k erotickému momentu, kdy se políbí, kamarádka to však nakonec přejde a dělá, jako kdyby se to nestalo. Skrze polibek je opět vidět, jak Laura, podobně jako Virginie, touží po blízkosti jiného člověka, ale nesetká se to s žádnou odezvou.

K synovi Richiemu se Laura chová velmi chladně a odmítavě. Ve filmu je znát, že je na matku Richie velmi upnutý a touží po její přítomnosti, které se mu nedostává. Matka ho po návštěvě kamarádky veze na hlídání k chůvě, je vidět, že Richie má strach, že matku vidí naposledy, proto pláče a nechce, aby odjížděla. Laura má opravdu v úmyslu se už se synem nevidět – jede do hotelu, kde dočte *Paní Dallowayovou* a připraví si prášky s úmyslem se zabít. Je nejasné, jestli se nakonec rozhodne je spolýkat a přežije, nebo si svůj pokus rozmyslí. Následně se vrací k synovi, který má radost, že ji opět vidí. Jediná chvíle, kdy se ve filmu usměje, je, když mu Laura řekne, že ho miluje. Spolu se pak vrací domu, kde slaví manžellovy narozeniny. Následně se během další příběhové linie dozvídáme, že manžel Laury zemřel na rakovinu poté, co po narození své dcery odešla od rodiny a nechala manžela s dcerou a synem Richiem samotné.

Poslední linie se věnuje Clarisse v roce 2001. U ní sledujeme podobnou linku, jakou si prožívá hlavní hrdinka *Paní Dallowayové* – Clarissa chystá slavnost při příležitosti literárního ocenění svého bývalého přítele a spisovatele Richarda. Ten má nemoc AIDS a jeho zdravotní stav je velmi špatný, Richard již téměř nevychází z domu a Clarissa o něj do určité míry pečuje. Clarissa je bisexuálka, již deset let žije se svou přítelkyní, s Richardem chodila na vysoké škole a doted' jsou dobrými přáteli. Richard však celý život bojuje s depresemi a Clarissa se mu snaží pomoci.

Richard si neváží ocenění, kterého se mu má dostat. Myslí si, že pokud by nebyl smrtelně nemocný, žádné ocenění by nezískal. Je rád, že za ním Clarissa chodí a pečuje o něj, zároveň jí však do určité míry vyčítá její péči, protože má pocit, že tím utíká od svých problémů, podobně právě jako Paní Dallowayová, proto jí tak celý film přezdívá. Clarissa je pro něj nadále tím nejkrásnějším, co v životě prožil. Ve chvíli, kdy za ním naposledy před slavností přichází, dochází k vrcholu celého filmu, který zde pro svou bohatost na motivy depresí a mezilidských interakcí ukazujeme.

U Richarda doma. Clarissa právě přišla a vidí Richarda, jak rozhazuje věci po místnosti a strhává závěsy z oken, doted' měl okna zatemněná.

Clarissa: „Co to děláš?“

Richard: „Měl jsem skvělý nápad, že chci víc světla. A taky mě napadlo zkombinovat dva prášky.“

Clarissa: „Richarde...“

Richard: *Zuřivě zařve* „Nepřibližuj se ke mně!“ *Clarissa strne.* „Zdalo se mi, že tu chci víc světla. Co myslíš?“ *Dál strhává závěsy. Clarissa vidí po bytě rozházené velké množství různých léků.* „Odkryl jsem všechna okna.“

Clarissa: „Richarde, buď tak hodný. Pojď se posadit.“ *Chce k sobě Richarda přivést a odvést ho od oken.*

Richard: „Na večírek asi nepříjdu.“

Clarissa: „Nemusíš na večírek, ani pro cenu. Nemusíš vůbec nic.“

Richard: „Ale pořád mě čekají ty hodiny. Ty hodiny po večírku. A ty další hodiny potom...“

Clarissa: „Míváš přece i dobré dny.“

Richard: „Ani ne. Jsi hodná, ale pravda to není.“ *Strhne poslední závěs u nejzazšího okna.*

Clarissa: „Jsou tady?“

Richard: „Kdo?“

Clarissa: „Ty hlasy.“

Richard: „Ty hlasy jsou tu pořád.“

Clarissa: „A teď ty hlasy slyšíš, že?“

Richard: „Ne. Slyším vás, paní Dallowayová. To kvůli tobě jsem zůstal naživu. Ale teď už mě musíš propustit.“

Clarissa: *Začíná plakat „Richarde, já...“*

Richard: „Ne, počkej. Něco mi vyprávěj.“

Clarissa: „O čem?“

Richard: „Co jsi dnes dělala.“

Clarissa: „Vstala jsem... Šla jsem ven... Koupila jsem květiny, jako paní Dallowayová.“ *Richard se usmívá a přibíhá se k oknu, o které se opírá. „A bylo to krásné ráno.“*

Richard: *Usmívá se „Opravdu?“*

Clarissa: „Ano, bylo moc krásné a svěží.“

Richard: *Zasněně „Bylo svěží?“ Otevírá okno.*

Clarissa: *Vyděšeně „Ano.“*

Richard: „Jako to ráno na pláži? Takové?“

Clarissa: „Ano“ *Těžko se jí mluví, tváří se vyděšeně a pomalu přistupuje k Richardovi, který sedí v otevřeném okně.*

Richard: „To ráno, když jsi vyšla z domu a bylo ti osmnáct a mně devatenáct. Ano. Bylo mi devatenáct a nikdy jsem neviděl nic tak krásného. Vyšla jsi prosklenými dveřmi časně ráno. Ospalá. Není to zvláštní? To nejobyčejnější ráno v životě kohokoli.“ *Zamyslí se. Dívají se na sebe, Clarisse tečou slzy. „Obávám se, že na večírek bohužel nepřijdu.“*

Clarissa: „Na tom večírku... na tom večírku nezáleží.“

Richard: „Byla jste ke mně tak hodná, paní Dallowayová. Miluji tě. Žádná dvojice nemohla být šťastnější než my.“ *Mlčky se na sebe dívají. Richard se poté otočí a vyskočí z okna.*

Po Richardově smrti je Clarissa zdrcená a uchýlí se domů, kde je s ní její přítelkyně a dcera. Tam na ní zazvoní Laura, kterou teď vidíme jako starou dámu. Dozvídáme se, že Laura je Richardovou matkou a že jedním ze zdrojů jeho depresivních symptomů byl i odchod Laury, když byl Richie malý. Laura přijela po zprávě od Clarissy. Následně spolu hovoří o tom, proč Laura odešla a co její odchod pro Richarda znamenal. Laura vysvětluje, že svého činu nelituje. Litovat dle ní totiž lze pouze činu, kdy měla na výběr jinou možnost, což ona neměla. Její možnosti tehdy byly prý pouze odejít, nebo zemřít. Nešlo tedy o vědomé rozhodnutí, ale o volbu, ke které byla dotlačena svým onemocněním, a to volba záchrany vlastního života. Kdyby zůstala, je si jistá, že by nebyla schopna v tomto stavu dál žít, a nakonec by sebevraždu dokonala. Vyjadřuje tím, jak vážné byly její depresivní stavy, z nichž

viděla pouze jediné východisko, tedy opustit rodinu. Laura poté u Clarissy přespává. V pokoji ji navštíví dcera Clarissy, která jí beze slov obejmě.

Film velmi dobře ilustruje depresivní symptomatiku, zároveň se zaměřuje na jiné aspekty než film *Obyčejní lidé*. Spíše než na vizuální převedení depresivních symptomů na plátno, jako je například nechutenství nebo ztráta energie, jsou tyto symptomy odhalovány skrze dialogy hlavních postav. Virginie Woolfová nám tak vyjevuje, že si připadá jako ve vězení, když jsou jí dále odebírány možnosti volby. I zlepšení jejího stavu po rozhodnutí dokonat sebevraždu bývá pro lidi v těžké depresivní fázi charakteristické. A právě suicidální tendence, které se objevují v každém ze tří příběhů, jsou zde ústředním tématem.

Depresivní symptomy jsou tedy odhalovány a prozkoumávány zejména díky interakcím s ostatními postavami, což dává snímku další hodnotu. Dívá se totiž na depresivní symptomy optikou okolí, které je jimi nepřímo také velmi zasaženo, ať už jde o Leonarda, Richieho nebo Clarissu. I díky tomuto přístupu a následně i přes dokonanou sebevraždu dochází k optimistickému závěru, kdy je Lauřino rozhodnutí odejít od rodiny, aby se zachránila, přijato s pochopením ze strany Clarissiny dcery. Laura se tak zároveň poprvé setkává s tím, že je na její emoce brán zřetel.

4. Reliabilita a validita výzkumu

Častým problémem při hodnocení kvalitativních výzkumů je měření jejich reliability optikou kvantitativních výzkumů, přičemž kvalitativní výzkumy posléze logicky vycházejí jako nekvalitní, ať už je to kvůli malým vzorkům nebo jen teoretické transferabilitě výsledků na obecnou populaci. V pojednání o reliabilitě našeho výzkumu proto vycházíme z Řiháčka a dalších (2013), kteří pro ověření reliability a validity výzkumu určují tato kritéria:

- *Senzitivita ke kontextu:* V našem výzkumu je toto ošetřeno pečlivou prací s daty s ohledem k idiografickému přístupu metody IPA. Reliabilitu v rámci této metody také zaručuje senzitivita samotných probandů k danému tématu. Toho lze dosáhnout také formulací otázek v rámci rozhovorů, které úzce korespondují se stanovenými výzkumnými cíli. Dále je zde reliability docíleno díky senzitivě k detailům a tomu, jestli jsme získali odpovědi na formulované otázky. Správně zvolené doplňující otázky tomuto procesu v našem výzkumu napomáhaly.
- *Závazek a rigoróznost:* přihlédnutí k tomuto kritériu by mělo být patrné v procesu celého výzkumu. Může zde posloužit vysvětlení, že jsme zavázáni k metodologicky kvalitní práci v celém průběhu práce opět na základě výzkumných cílů. V našem výzkumu toto lze vysledovat například u výběru respondentů – po přizpůsobení výběru aktuální situaci jsme pečlivě vybírali respondenty na základě dopředu pevně stanovených kritérií, přestože slevění z těchto požadavků by mohlo přinést větší počet respondentů. Rigoróznost zde odkazuje na důkladnost např. při výběru vzorku, ale i při formulaci kvalitních otázek v rámci rozhovoru. Toho jsme docílili díky konceptualizaci rozhovoru na základě doporučené metodiky IPA.
- *Transparentnost:* toto kritérium by opět mělo vystupovat napříč celým procesem. Samozřejmostí je formulace výzkumných otázek před realizací samotného výzkumu, proto byly naše cíle formulovány už při zadávání diplomové práce. Transparentní by také měla být práce s daty, čehož je u nás například docíleno pomocí doslovných citací případně přepisů rozhovorů, které jsou u nás na vyžádání k dispozici. Transparentností také můžeme parafrázovat jako porozumění úmyslům výzkumníků – cíle by měly být dopředu jasné, stejně tak i význam celého výzkumu. Proto jsou naše cíle v rámci empirické části jasně formulovány i na základě předchozích výzkumů. Transparentnosti u nás také napomáhá podrobné popsání celého procesu realizace

našeho výzkumu. V naší práci se také snažíme o to, aby naše argumenty při interpretaci výsledků byly koherentní, čehož je docíleno pomocí pečlivé průběžné korektury.

- *Dopad a užitečnost:* reliabilitu a validitu kvalitativního výzkumu lze hodnotit na základě vztahu k danému obecnějšímu tématu. Je třeba si klást otázky, jestli má náš výzkum komunitě čím přispět? Lze výsledky vztáhnout na nějakou skupinu a lze je užít v praxi? I proto jsme s pečlivostí přistupovali k výběru respondentů – skupina je homogenní a naše výsledky lze proto na tuto specifickou skupinu zobecnit. V našem výzkumu jsme se proto při formulaci výzkumných otázek i interpretaci výsledků snažili zejména o získání konkrétních výstupů a doporučení do praxe tak, aby byly výsledky co nejvíc využitelné. Validitě našeho výzkumu přidává i to, že jde o téma v České republice jen málo odborně probádané. Smith a další (2009) toto kritérium shrnují tak, že validní je ten výzkum, který čtenáři přinese něco zajímavého či užitečného. Vzhledem k relativní neprobádanosti tématu a konkrétním výstupům tak náš výzkum považujeme za dostatečně validní.

5. Výsledky rozhovorů

V této subkapitole budou shrnuty výstupy, ke kterým jsme dospěli po analýze přepisů rozhovorů metodou IPA. Při ní dochází k opakovanému pročítání daných transkriptů s vepisováním vlastních poznámek do textu. V rámci tohoto pročítání dochází k identifikaci klíčových témat. Ta jsou vybírána na základě několik kritérií stanovených metodologií IPA, která se však vzájemně prolínají a nelze je od sebe striktně oddělit:

- *Četnost tématu* – prostý počet respondentů, který se o tématu zmiňuje
- *Bohatost tématu* – dá se chápat i jako zajímavost tématu. Ta je určena tím, jak odchýlen od konsenzu názor je, případně svou provázaností s ostatními tématy
- *Provázanost s výzkumem* – toto kritérium lze chápat i jako přiléhavost k výzkumným otázkám

Výsledky analýzy lze demonstrovat dvěma způsoby: *perspektivou témat* nebo *perspektivou respondentů*. V našem případě jsme zvolili prezentaci perspektivou identifikovaných témat. Důvodem byl nižší počet respondentů, u nichž se zároveň výsledná analýza z velké části prolínala a výsledky se opakovaly, proto se pro větší zajímavost, vzájemnou provázanost a přehlednost na výsledky podíváme perspektivou témat.

V prezentaci výsledků budeme tyto shrnovat pro oba filmy dohromady. Výsledky tak budou přehlednější, poněvadž výsledná témata se napříč oběma filmy prolínala a byla prakticky totožná. Nelze však tvrdit, že mezi filmy nebyly rozdíly. Proto budou tyto rozdíly shrnuty v subkapitole následující po prezentaci všech výsledků.

Pro metodologii IPA jsou důležité interpretace výzkumníka. Nejedná se tak o pouhý výčet identifikovaných témat, neboť do následujícího textu budou tyto interpretace a vzájemné asociace vloženy. Každou naši interpretaci zde podpoříme konkrétní citací rozhovoru s danou respondentkou tak, abychom měli naše závěry podloženy. Citace jsou přepsány doslovně včetně případných vulgarismů pro zachování autenticity projevu.

Na základě analýzy jsme identifikovali tato základní témata, která budou dále rozvedena a rozšířena o interpretace a vzájemné souvislosti.

1. **Věrnost depresivních symptomů**
2. **Identifikace s postavami**
3. **Odstup od postav**
4. **Emoční prožitky**
5. **Doporučení pro praxi**

Témata jsou schválně vedena v tomto pořadí tak, aby korespondovala s výzkumnými otázkami. Ty míří na emoční prožitky a praktická doporučení, která zároveň plynou právě z procesů, na které se zaměřují první dvě témata, tedy identifikace s postavami a odstup od nich. Identifikaci pak usnadňuje věrnější zobrazení depresivních symptomů.

5.1 Věrnost depresivních symptomů

Toto téma se objevovalo nejen v reakci na naši otázku v rámci rozhovoru, ale respondentky často k popisům reálnosti projevů došly samy během popisování vlastních pocitů či momentů, kdy se s postavou na plátně identifikovaly. Celkově se nedá jednoduše říci, zda oba filmy vyobrazují symptomy správně či špatně. Respondentky se shodují na tom, že některé věci byly popsány velmi přesně, zatímco jiné spíše jen krouží po povrchu.

Nejsou zde vyjmenovány všechny depresivní symptomy, pouze ty, o kterých se respondentky v rámci rozhovorů zmiňovaly.

5.1.1 Depresivní nálada

„To spisovatelčino smýšlení mi dost připomíná moje stavy a dobře znázorňuje deprese, sklíčenost a další negativní emoce. Nálady Virginie mi přijdou zkrátka dost podobné, třeba jak seděla, přemýšlela nad smrtí a byla mimo, tak to dost přesně vystihuje, že třeba já jsem bývala a bývám občas dost zamyšlená.“ (Diana)

Na výstižném zobrazení klíčového depresivního symptomu, kterým je depresivní nálada, se napříč oběma filmy shodují prakticky všechny respondentky.

„Vystihuje dobře špatnou náladu a nespokojenost, pocit frustrace a zklamání. Je to znát hlavně na té postavě Virginie, ale i na postavě Laury. Každá to asi prožívá trochu jinak, ale všechny to tam mají.“ (Monika)

Lze říci, že pokud by filmy selhaly v reálném vyobrazení tohoto základního aspektu, identifikace s filmovými postavami by tak byla pro respondentky mnohem náročnější. Toto základní kritérium tak oba filmy splňují.

V některých aspektech však filmy určité symptomy spíše jen naznačují. Lze to chápat z filmového hlediska, neboť reálné vyobrazení všech depresivních symptomů pro potřeby filmu není nutné, pokud jsou alespoň základní symptomy vyobrazeny věrně.

„Zároveň ale v některých věcech film dost klouže po povrchu, například co se týče sebeobviňování nebo apatie, takový neschopnosti něco udělat. Je to tam sice nějak naznačený, třeba u scény pečení dortu nebo když Virginie nemá chuť na oběd, ale dál tomu není věnovaný prostor.“ (Monika)

„Přijde mi, že spoustu věcí se tam jen tak naznačí, ale dál už se to nedotáhne. Třeba u některých projevů se to tam jen ukáže jednou, ale dál už ne. Třeba jak je duchem nepřítomná při návštěvě té sestry, jinak se to ale víc neřeší.“ (Jarka)

Zajímavá je i zmínka o prožívání nejen hlavních postav, ale rodiny okolo. Jedné z respondentek přišlo rušivé, že emoce, které rodina prožívá, nejsou plně přiléhavé.

„Nepřijde mi reálný, že by rodina okolo (ve filmu Obyčejní lidé) byla takhle v pohodě. Zemřel jim syn, druhý se jim pokusil o sebevraždu a oni si dál chodí na party a oslavy a baví se s kamarády, jako kdyby se nic nestalo. Trochu mě to rušilo a nepřipadalo mi to v pohodě. Přemýšlela jsem nad tím často víc než nad tím, co se ve filmu děje.“ (Klára).

I z toho lze vyvozovat, jak citlivě je potřeba přistupovat k výběru filmu, který chceme pustit. Ukazuje se, že i tato jednotlivost může mít velký dopad na to, co prožívá klient, který se na film dívá. Je pravdou, že ve filmu se vše výše popsané odehrává a prožívání rodiny opravdu může působit nepřiléhavě. Vyvstává pak ale otázka, jestli to bylo záměrem filmařů, jak ukázat tabuizování tématu depresí v rodině, nebo jestli jde opravdu o scénářistický přešlap. Jisté je, že to může být pro některé klienty rušivý element, který opět znesnadňuje identifikaci s postavami a objektivní nahlížení na jejich prožívání.

5.1.2 Příčina

Co ovlivnilo schopnost respondentek se do postavy lépe vcítit je i příčina depresivních symptomů. Ve filmu *Obyčejní lidé* se totiž depresivní symptomy u hlavní postavy objevují až po bratrově úmrtí, čímž celé depresivní stavy získávají nový rozměr.

„Celkově mě ten film (Obyčejní lidé) neoslovil tolik, protože ve filmu Hodiny byly deprese reálnější. Tam totiž neměly příčinu, ty postavy prožívaly něco těžkého a vlastně nevěděly, proč se jim to děje. U Conrada (hlavní postava Obyčejných lidí) se ale deprese projevovaly až po bratrově smrti, což myslím, že většina lidí s depresí nemá takhle jasný. Tahle příčina asi není tak reálná a obvyklá, hodně tam hrály roli pocity viny, v reálu to ale často je prostě bez příčiny, o to je to těžší.“ (Julie)

„Do něj (Conrada) jsem se nedovedla tolik vcítit, protože on tam měl hodně ty pocity viny, vyčítal si to, že bratrovi nepomohl. Já jsem ty deprese měla spíš jako ty ženy z Hodin, neměly úplně jasnou příčinu a vlastně jsem ani nevěděla, že zažívám něco špatného. V tom jsem si s nima připadala hodně podobná.“ (Anička)

Tato zjištění nám mohou napovídat mnoho k možnému dalšímu užití těchto filmů. Je jisté, že depresivní symptomy mají různé příčiny exogenního i endogenního charakteru. Pro spoustu lidí ale tyto příčiny mohou být ve filmu určující a je vidět, že do určité míry ovlivňují to, do jaké míry se klient s postavou dokáže vžít. Proto bychom vždy měli brát ohled na klientovu anamnézu a té přizpůsobit výběr filmu tak, aby co nejvíce proměnných sedělo.

V tomto zjištění navazuje na výzkumy, které v blízkosti klientova a filmového příběhu vidí hlavní příčinu případného úspěchu metody (Callisch, 2001; Hesley & Hesley, 1998).

5.1.3 Vztah s terapeutem

V tomto ohledu se můžeme zaměřit zejména na film *Obyčejní lidé*. Ten bývá doporučován nejen pro pomoc klientům s depresivními symptomy a rodinnými problémy, ale i pro ukázání vhodného vztahu s terapeutem (Wolz, 2020). Ve filmu *Hodiny* se terapeuti nevyskytují, nicméně i zde najdeme zmínky o terapeutickém procesu, které jsou v těchto výsledcích reflektovány.

Zajímavé je i to, že čtyři ze šesti respondentek začaly o terapeutovi hovořit samy od sebe, aniž by tímto směrem mířily otázky v rozhovoru. Lze z toho vyvozovat, že dojem, který v nich vyobrazený terapeutický vztah zanechal, je velmi silný. Jedna z respondentek uvedla, že filmový vztah mezi terapeutem a Conradem na ní nezanechal žádný dojem, protože sama vystřídala velké množství terapeutů a vyobrazení vztahu jí připadalo nereálné. Ostatní respondentky se ale vyjadřovaly velmi kladně.

„Ten psychiatr mi přišel super ... Strašně profesionální. Dokázal z Conrada vytáhnout jeho vztek, všechny emoce a vlastně se napojit jeho mladost, i když byli oba úplně jiná generace. Byl na něj dost přísný, ale jakoby... (přemýšlí) ... správně přísný. Nebál se jít do nepříjemných emocí, i na Conrada křičel. Ale ve výsledku se ukazuje, že celou dobu věděl, co dělá. Takhle nějak by to mělo vypadat.“ (Klára)

„Ten terapeut byl skvělej. Je na něm strašně vidět, že Conradovi opravdu chce pomoci. Z některých terapeutů z minulosti jsem takový pocit neměla, tady jo. Plyne to asi hlavně z toho, jak je občas i nepříjemný, ale zároveň mu obětuje i svůj volný čas, když je Conradovi nejhuř.“ (Anička)

„No někdy mi přišlo, že se s ním terapeut moc nemaže, zároveň cením, že mu nepodsouvá svoje stanoviska, nesnaží se ho "spravit", ale nechává ho, ať se projeví, což jde na začátku těžko. Ale tak nějak základem dobré terapie je naučit se vnímat sám sebe a umět

prožívat, co se děje uvnitř a pokud možno to pojmenovat, což Conrad na začátku nechápe, a naučí se to později asi hlavně díky tomu terapeutovi.“ (Monika)

V tuto chvíli přichází zajímavý moment, neboť u klientek, které popisují jejich vztah jako ideální, dochází k dalšímu prohloubení identifikace se s postavou Conrada, přestože nenacházejí situaci podobnou, kterou sami zažily, ale naopak odlišnou. Tři respondentky uvádějí, že ví, že takto by vztah v realitě nejspíš nefungoval (potkat se s klientem uprostřed noci, scházení se i s otcem Conrada), ale přesto jim ukázka tohoto vztahu pomohla vžít se do postavy, i když samy takovou situaci nezažily, ale vědí, že by to chtěly.

„Je to asi tím, že takhle nějak by ten vztah měl vypadat. Během toho filmu jsem si říkala, že by bylo fajn, kdybych takového terapeuta měla. Člověku to jakoby dává cíl. Na jednu stranu je to smutný, protože se takový člověk dá těžko sehnat, ale na druhou stranu to dává hodně pozitivní obrázek a člověk pak ví, co od terapeuta chtít. Dává mu to takovou motivaci.“ (Jarka)

Je tedy možné, že vžití se do postavy napomáhá i ukázání ideálního stavu. Dobře navázaný vztah s terapeutem je klíčový pro každou léčbu. Mnohdy by více odpovídalo realitě, kdyby film ukázal, že vztah s terapeutem má své zápory, což by dle předpokladu *čím reálnější, tím snazší identifikace*, který platí ve většině procesů filmové terapie, pomohlo identifikaci více. Na základě těchto tvrzení ale lze spekulovat o tom, jestli nastavení cíle, ukázání ideálního stavu a práce s motivací nemůže být účinnější než prostě co nejvěrněji napodobovat realitu.

Víme, že důležité je vybrat i film, který má optimistický nádech a ukazuje možnosti, jak aktuální stav zlepšit (Marsick, 2010). Můžeme uvažovat nad tím, že nejde jen o celkové možnosti léčby ukázané ve filmu, ale i dílčí aspekty, které mohou zvýšit klientovu motivaci. V tomto filmu je tímto dílčím aspektem právě vztah s terapeutem.

Tím se dostáváme k jednomu z dalších cílů filmové terapie – nejde jen o to získat od svého problému odstup, ale zároveň mu dát konečný rámec a ukázat, že existuje řešení a cíl, ke kterému lze směřovat. Proto sledování tohoto terapeutického vztahu může mít velký

účinek, neboť člověku dává směr, jakým by se v terapii mohl ubírat, pokud ho toto pojetí vztahu mezi terapeutem a klientem zasáhne.

5.1.4 Somatická symptomatika

Vizualizace a převedení na filmové plátno je u somatických symptomů deprese možná nejsnazší. Je jednodušší ukázat, že filmová postava nemá hlad nebo se jí špatně spí než převést do filmu pocity viny, bezmoci či beznaděje. Mnohdy ale ani tyto symptomy nejsou do filmu zařazeny zcela správně.

„Přišlo mi trochu mimo (Conradovo) plavání. V depresích člověk většinou nemá energii absolutně na nic, natož na to se věnovat vrcholově plavání, tak to mě tam docela rušilo, nebo přemýšlela jsem nad tím. Ale zase pokud to neměl tak akutní, tak mu to mohlo dávat nějaký únik, nevím. Každopádně já bych si to v těch stavech nedovedla představit.“
(Klára)

Žádná z dalších respondentek se o tomto aspektu nezmiňuje. Pokud by ale tento jev byl ve filmu příliš rušivý, je možné uvažovat nad tím, že je lepší některý ze symptomů nemoci ve filmu raději nezobrazovat vůbec než ho zobrazovat špatně. Energie na sportovní aktivity rozhodně při depresivních stavech nebývá obvyklá, přičemž pak bychom vyobrazení tohoto symptomu ve filmu museli hodnotit jako nesprávné a rušivé.

„Povedlo se ukázat ty jakoby tělesný příznaky. Třeba to, jak se tomu Conradovi vůbec nechce jíst, nebo jak pořád chce jen spát a nechce vylézt.“ (Jarka)

„Přišlo mi docela trefný to, jak se Conradovi nechtělo do jídla, a vlastně ani tý Virginii. Já si pamatuju, že jsem se tehdy naopak strašně přežírala (smích). Ale vidím, že i oni měli problém s jídlem, i když úplně opačněj. To mi asi pomohlo se do nich jakoby dostat.“
(Diana)

Výše jsme uvedli, že somatické symptomy mohou jít do obou extrémů – nadměrná spavost i nespavost, stejně jako přejídání se nebo naopak nechutenství. Na příkladu Diany se ale ukazuje, že není tak důležité, aby toto vyobrazení přesně odpovídalo formě, kterou si

prožíval klient. Důležité je ukázat, že se vůbec nějaké takové symptomy objevují, což opět napomáhá identifikaci s touto postavou.

Na základě výpovědí respondentek se ukazuje, že většina symptomů byla v obou filmech vyobrazena věrně. Dá se říci, že čím charakterističtější pro danou poruchu symptom je (depresivní nálada, ztráta zájmu, apatie), tím je důležitější, aby byl ve filmu správně vyobrazen pro lepší vcítění se do postavy. Právě u těchto symptomů je důležité, aby byly vyobrazeny nejen v dostatečné míře, ale i správně, jak vidíme na příkladu Conradova sportovního nasazení, které může působit nepřiléhavě a tím pádem velmi rušivě. Z odpovědí lze také vyčíst, že je důležité se zaměřit nejen na to, co je stejné, ale co lze zlepšit. Conradův vztah s terapeutem je toho zářným příkladem, neboť respondentkám dodával motivaci takového člověka hledat ve vlastním životě, přestože vyobrazení se takto nesetkává s většinovou zkušeností s psychiatrií.

5.2 Identifikace s postavami

V následující subkapitole se zaměříme na aspekty, které napomáhaly respondentkám se s postavami ve filmu identifikovat. Jedná se jak o depresivní symptomy, které jsme zmínily již v předchozí kapitole, tak zejména o emoční prožitky a behaviorální projevy jednotlivých postav. Můžeme pozorovat, že naše identifikovaná skupina témat *Identifikace s postavami* se značně prolíná s tématy *Věrnost depresivních symptomů*. Tato provázanost naznačuje, jak silný vztah je mezi realistickým znázorněním situace filmové postavy a pozdější vžití se do tohoto charakteru.

„Pomáhalo mi hodně věcí. Nejvíc nejspíš to, když jsem viděla, že ta postava cítí to, co já. Když tam třeba vyobrazili nějaký pocit, který jsem znala. Taký hodně napomáhá to, když je ta postava asi dobře zahráná. Ten film mě musí bavit, dobrý herci a tak. A taky jsem se třeba hodně nacházela v těch rodinných konfliktech, ty dialogy s rodičema a tak.“ (Klára)

Na tomto příkladu lze vidět to, že záleží i na samotných kvalitách filmu. Pokud by postava nebyla dobře zahrána, těžko jí bude divák věřit pocity, které postava vyobrazuje.

5.2.1 Suicidální tendence

Tato kapitola navazuje na část 5.1.1. *Depresivní symptomy*. Je třeba dát zjištění o věrnosti vyobrazení symptomů do souvislosti s pocitem ztotožnění se s postavou. Důvod, proč jsme se v rámci rozhovorů ptali na věrnost vyobrazení daných symptomů, je poodhalení možného vztahu mezi správnou vizualizací těchto symptomů ve filmu, a právě snazší identifikací s filmovou postavou. Naše respondentky tvrdí, že právě ukázání symptomů, které si samy zažily, jim v tomto velmi pomáhá.

Pravděpodobně nejzásadnějším zjištěním, která má největší přesah do doporučení do praxe, je poznatek ohledně sebevražd vyobrazených ve filmech. Ve filmu *Hodiny* se zabijí dvě hlavní postavy a jedna z hlavních postav se o sebevraždu pokusí, ve filmu *Obyčejní lidé* má sebevražedné tendence rovněž hlavní postava a její kamarádka sebevraždu dokoná. Toto téma v našich respondentkách silně rezonovalo.

„Nejtěžší z obou filmů pro mě určitě bylo sledování sebevraždy postavy Eda Harrise (Richie z filmu Hodiny). Film vlastně začíná i končí sebevraždou, což je dost náročné zvládat a film tak působí o to silněji. Paradoxně mi to ale asi pomohlo se do filmu víc vcítit. Nevím ale, co by to se mnou udělalo, kdybych v tom samém stavu byla já.“ (Julie)

„Hodně jsem s postavami soucítila. Hlavně šlo o ty situace, kdy popisovaly stavy, jak jsou pro ostatní přítěží a jak je vlastně nechtějí obtěžovat svými problémy. A ta sebevražda by to vlastně vyřešila.“ (Diana)

„Tím, že je to vlastně tak strašně niterný téma, tak o to silněji jsem to s nima cítila. Že člověk vlastně rozumí i té mamce od dítěte, že se zabít chce, protože v tu chvíli prostě jiný řešení není. Je hrozně těžký tohle popsat člověku, co to nezažil, ale ten film to docela dovede.“ (Anička)

Ukazuje se, že znázornění těchto velmi osobních myšlenek opět pomohlo respondentkám se s postavami identifikovat a film je tak vyobrazuje poměrně věrně. Respondentka Julie ale svým tvrzením začíná velmi důležité téma, kterému se budeme posléze věnovat v kapitole 5.5. *Doporučení pro praxi*. Přestože totiž vyobrazení

sebevražedných tendencí svou upřímností vyvolalo v respondentkách pocity sounáležitosti, prakticky všechny upozorňují na velké nebezpečí, které by mohlo mít ukázání těchto pocitů lidem v akutní depresivní fázi.

5.2.2 Emoce a behaviorální projevy

„Film (Hodiny) je zároveň ale hodně založený na pocitech, které jsem sama cítila, respektive na pocitech smutku a beznaděje. Taková imprese, je to hodně dojemový film a některé dojmy byly hodně podobné těm mým.“ (Monika)

„Nejdřív se díky těm podobným situacím jakoby identifikuji a pak si to můžu nalinkovat, je mnohem jednodušší se rozpovídat o nasrání a ty emoce si pak vlastně pojmenovat. ... Ta identifikace je možná díky tomu, jak jsou ty deprese věrně vyobrazeny, a taky díky dobře zahrané postavě.“ (Klára)

V rámci rozhovorů často vystávala identifikace s postavami na základě emocí, které prožívaly postavy ve filmu. Jak uvádí Klára, tyto emoce musí být věrně zobrazeny a dobře zahrány, jinak jsou těžko rozpoznatelné a hůře se s těmito pocity identifikuje.

„Mně přišla hodně třeba zajímavá ta scéna na tom peróně (tuto scénu uvádíme výše v rámci transkriptu). Jak se tam vztekala na ty doktory, že má pocit, že o ní pořád všichni rozhodují a ona do toho nemá co mluvit. ... Kdybych to měla popsat, tak si člověk připadá jako blbec, taková nekompetence prostě. Ostatní za tebe rozhodnou, ale já sama vím, co chci.“ (Jarka)

„Oslovilo mě to, jak se vztekala na tom nádraží. Výstižné mi přijde to Virginiino „Mám život ve svých rukou!“, tyhle pocity jsem taky často mívala, že o sobě nemám právo rozhodovat.“ (Klára)

„Myslím, že to říkala ta Virginie, jak má furt kolem sebe ty doktory a nemůže se sebou nic dělat. To mi taky sedělo s tím, jak jsem to mívala.“ (Julie)

Tento pocit hlavní hrdinky, který reflektují jako výstižný tři z našich respondentek, je ve filmu zmiňován pouze v rámci jediné věty. Přesto v respondentkách evidentně zanechal dojem a lze spekulovat nad tím, že se může jednat o velmi silné téma pro více klientů, kteří jsou v akutní fázi svého onemocnění a léčí se delší dobu.

Výše již bylo zmíněno, že respondentky se identifikovaly i s depresivními náladami, pocity bezmoci, a zoufalosti. Objevily se však i jiné aspekty, které respondentkám pomáhaly v celém procesu, aniž by se dotýkaly tématu depresí.

„Docela dost ve mně doznívala ta osobní témata. Třeba vlastní nevyjasněná sexuální orientace. ... Nebo i ten pocit být dítě s psychiatrickým rodičem, jako měl ten malý Richie.“
(Julie)

Přestože se tyto charakteristiky filmové postavy přímo netýkají depresí, pomohly Julii se do postavy vcítit a viděla v nich paralely k vlastnímu příběhu. Vidíme, že film se tedy nemusí nutně věnovat pouze tématu, které klient řeší v rámci terapie. Vracíme se tak k základnímu doporučení při výběru filmu, které zmiňujeme v teoretické části – musíme dobře znát svého klienta i film, který promítáme. Pak mezi filmovým a klientovým příběhem lze hledat i tyto paralely, které dopomůžou k úspěšné aplikaci.

Mezi další takové paralely lze zařadit i dojmy Kláry:

„Ta postava Meryl Streep (Clarissa v Hodinách) se strašně snaží. V tom jsem úplně viděla sebe! Nemyslí na sebe a pořád myslí jen na okolí a snaží se strašně moc. Chce to prostě všechno zvládnout, což nejde.“ (Klára)

Vidíme identifikaci s postavou, která ve filmu neprožívá depresivní symptomy. Klára však popisuje, že identifikace i s dalšími postavami nijak neruší výsledný dojem. Dá se tedy usuzovat, že postavy, které neprožívají podobný příběh jako klient, ale klient se s nimi přesto identifikuje, klienta nijak neruší a jen prohlubují jeho zájem o film a empatické vcítění se do postav.

Klára popisuje behaviorální projevy jedné z hlavních postav. Ty jsou nejvíce patrné při interakcích hlavních postav s vedlejšími, proto je dále zmiňujeme v následující podkapitole.

5.2.3 Rodinné vztahy

„S Conradem soucítím se vztahem k rodičům, protože to mám podobně, ale ne tak výrazné protiklady a celkově umírněněji. Ale ten vztah s rodiči jsem prostě měla hodně podobný.“ (Diana).

*„Zase jsem si tam našla nějaké osobní téma, a tím je ta chladná matka. To mě úplně sra*o! Jak je prostě hrozně chladná vůči tomu Conradovi a vůbec na to nebere zřetel. A je to vlastně i v těch hodinách, kde je ta Laura chladná vůči tomu malému Richiemu, ale tam je to tím, že sama má deprese.“ (Klára)*

„Moje rodina se taky vlastně potýkala se strašně chladnou matkou, taky se s ní nedalo moc mluvit a navázat s ní nějaké ... (přemýšlí) ... jako by spojení navázat nešlo s ní. Stejně jako v těch Hodinách. A v tom druhém filmu jako kdyby se všichni snažili za každou cenu zapomenout na tragédii, která je potkala a jít dál, především matka. Navíc mi jejich konverzace s matkou přišla vždycky bez emocí, hodně povrchní, řešilo se spíš, kdo co dělá a jak vypadá. Ta matka to v sobě jako dusí a nenaučila se, jak zacházet s těžkými pocity.“ (Monika)

„Ty rodinný vztahy byly hodně výstižný. Na mě máma taky strašně tlačila, podobně jako na toho kluka (Conrada). Cítila jsem velký tlak a nevěděla jsem, co vlastně chce. To ten film dobře ukazuje.“ (Julie)

„Viděla jsem se v tom vztahu s mámou taky. Moje mamka také vůbec neprojevovala emoce, i když jsem to asi potřebovala.“ (Anička)

„Ten vztah s mámou, to jsem měla úplně stejně, no. Taky mě vůbec nechápala a byla strašně odtazitá.“ (Jarka)

Až děsivě takto působí výčet odpovědí všech našich respondentek na téma chladné matky, které vystupuje ve filmu *Obyčejní lidé*. Toto téma rezonovalo u všech respondentek velmi silně a všechny se s tíživými pocity, které to v Conradovi vyvolávalo, ztotožňovaly. Dá se však říci, že chladná matka je pouze jedním z projevů širšího problému, kterým je celkové nepochopení a necitlivý přístup k nemocnému ze strany velké části rodiny.

Monika také naráží na to, co ukazuje scéna s Calvinem a Beth, kterou jsme výše přepsali. Ukazuje, že v rodině není postižen jen člověk s depresivními symptomy, ale problematika se dotýká všech a každý se s tím vyrovnává po svém.

„Dobře tam znázornili, že je vlastně pro okolí hodně těžké se do toho člověka vcítit. Že to není jenom lenost. A vlastně i pro to okolí je těžké to přijmout, ta matka je ale extrém.“
(Anička)

Ukazuje se, že podpora rodiny, která může být velmi nápomocná v procesu léčby jakékoliv poruchy, je často nedostatkovým zbožím. Máme pouze specifickou skupinu respondentek, a proto těžko můžeme zobecňovat na širší populaci, i tak ale působí silně dojem, že nejen podpora, ale vůbec pochopení pro člověka s depresemi není vždy automatické a rodina naopak často může být příčinou dalšího zhoršování. K tomu pravděpodobně napomáhá i nedostatečné seznámení se s nemocí.

„Ono je hodně těžký se pro okolí vcítit do toho, co ten člověk prožívá. Vím, že si ze začátku okolí myslelo, že je to prostě jen lenost, že se mi prostě nechce nic dělat a sem jenom pohodlná. A asi díky tomu, že to nechápali, tak se chovali jako odměřeně.“ (Jarka)

Jarka popisuje stavy, kdy je pro okolí náročné přijmout depresivní symptomatiku jako součást poruchy, což plyne z nedostatečné obeznámenosti s danou chorobou. S tím je velmi těžké pracovat a stavy klientů to může dále zhoršovat, protože mají pocit, že samy dělají něco špatně.

„U toho Conrada jsou tam super, jestli to tak můžu říct, ty pocity viny. Ta rodina to nechápe, je na něj vlastně našťvaná a on si připadá provinile, i když nic nezpůsobil. A do určitý míry je to i u té Virginie. A já jsem to mívala úplně stejně.“ (Klára)

Kláře v tomto ohledu dobré zpracování provinilých pocitů na základě nepřijetí rodiny pomohlo se do Conradovy postavy více vcítit a napojit se na její emoční prožitky.

„Pamatuju si ten pocit, že je to jako něco zakázaného, že je to něco, o čem by se nemělo mluvit. Ani nikdo moc nevěděl, jak o tom se mnou mluvit.“ (Diana)

Ze strany Conradovy matky se objevuje tabuizace Conradova stavu. Před známými o tom nechce mluvit a problém bagatelizuje. Několikrát ve filmu pronese, že v jejich rodině nikdo psychiatra nepotřebuje. Věrnost tohoto postoje pomohla i Dianě se snáz s postavami identifikovat.

*„Chladná matka, protěžovaný starší sourozenec. Ale hlavně i to, jak rodiče prostě řeší sra*ky, buď se snaží strašně moc, jako ten táta, nebo řeší úplně kraviny. Jak ho třeba ta máma na začátku nutí do jídla, i když ten Conrad vůbec nechce. To všechno bylo úplně přesný.“ (Diana)*

„(Film Obyčejní lidé) Vyobrazuje hodně depresi u mužů. Řekla bych ale, že se zaměřuje i na narcismus a truchlení, možná. Respektive na to, jak tím rodina neumí projít společně a nedokáže o tom, co se stalo, komunikovat. Událost každého silně poznamenala a víceméně jednotlivé členy izolovala od sebe. Nejvíce se to projevuje na Conradovi, který je z celé situace napjatý a podrážděný, ale řekla bych, že depresivní pocity se nevyhnuly ani otci, jak v práci se téměř nesoustředí, dělá si starosti o Conrada.“ (Monika)

Po shrnutí těchto dojmů respondentek je o to pochopitelnější doporučení filmu *Obyčejní lidé* v rámci rodinných konfliktů. Dá se říci, že depresivní symptomy bychom zde mohli vyměnit za spoustu jiných poruch, rodinné konflikty by ale zůstávaly podobné – tabuizace, nepochopení, pocity viny, přílišná nebo nedostatečná snaha. Blíže se k tomu dostaneme v subkapitole 5.5 *Doporučení pro praxi*.

V rámci rodinných vztahů se však neobjevují pouze negativní konotace. V procesu identifikace se nelze spoléhat pouze na symptomy nemoci a negativní vjemy, důležitou roli hraje nalezení i pozitivních společných bodů s postavou.

„Postava manžela mi přišla velmi zajímavá. Dával jí oporu, zároveň se jí snažil dávat prostor. Dobře to vyvažoval a asi mu na ní hodně záleželo. Taky jsem měla takové známé a myslím, že je hodně důležité někoho takového mít.“ (Anička)

„Ten manžel byl super. Bylo vidět, jak moc chce té Virginii pomoci, přestěhovali se kvůli ní, zajímá se o ní. A je vidět, že i na něj to dopadá. Člověku to vlastně ukazuje, že takoví lidé jsou potřeba.“ (Klára)

Vracíme se k udání pozitivního směru nastaveného vyobrazeným vztahem mezi Conradem a terapeutem ve filmu *Obyčejní lidé*. I postava Leonarda, manžela Virginie, je vhodná pro ukázání toho, jak mohou depresivní symptomy působit na někoho, kdo je prožívá u blízké osoby. Dle respondentek může správné zobrazení takové postavy člověku dát motivaci někoho takového ve svém okolí hledat. Objevil se ale i opačný názor.

„Manžel Virginie byl nechápatý blbec. On slyšel, ale neposlouchal. Virginie chce poukázat na to, že ve vztahu asi není spokojená, že touží po něčem jiném, ale on to nechce pochopit.“ (Diana)

Na příkladu těchto protichůdných dojmů je vidět, jak je filmový jazyk otevřený interpretacím diváka. To k filmu patří a nelze se tomu vždy vyhnout. Stejnou postavu lze chápat více rozličnými způsoby. Pokud by se ale jednalo o hlavní postavu, která by měla být hlavním objektem identifikace klienta, mohlo by se jednat o překážku v celém procesu.

Vedlejší postavy jsou velmi důležité i z hlediska získání odstupu a pohledu třetí osoby na depresivní symptomatiku, o čemž se později ještě zmíníme.

5.2.4 Přítěž a maska

V úzké souvislosti s rodinnými vztahy je třeba zmínit i pocity nutnosti uzavřít se před světem a své symptomy „schovat“.

„U všech tří žen v tom filmu Hodiny jsem se hodně ztotožňovala s tím pocitem, že musí jakoby něco hrát. Že nemůžou dát doopravdy najevo, co se v nich děje a musí před světem pořád nosit takovou masku. Z toho asi pak plyne to, že se člověku nikam nechce a má potřebu se schovávat.“ (Klára)

„Tehdy jsem hodně myslela na to, že nechci být ostatním na obtíž. Že je vlastně svými problémy obtěžuji a že bude lepší to schovat. Protože ostatní to asi pořád nezajímá, řešit jenom mě. A to je hlavně u Conrada a v tom filmu Hodiny u té Laury, jak nic nedává najevo, ale přitom se chce zabít.“ (Julie)

„V některých rysech mi přišlo povědomý to, jak to měl Conrad. spíš jsem měla takový pocit, že jsem na obtíž a máma mě nemá ráda. Asi podobný, co měl Conrad, když to řešil s terapeutem, že si myslí, že ho matka nemá vůbec ráda a nedokáže mu nic odpustit, hlavně smrt toho bratra Bucka. A že jí vlastně nemůže moc na oči, nebo se mu s ní nechce moc mluvit, protože neví jak.“ (Monika)

I v tomto směru tedy oba filmy plní své funkce v rámci filmové terapie – tento opět velmi niterný pocit se podařilo na filmový obraz dobře přenést tak, aby si respondentky řekly, že prožívaly něco podobného. Pro své okolí se cítily jako přítěž a chtěly tak z něj sejmout břemeno tím, že se nebudou projevovat a veřejně vystupovat. Filmy toto dobře reflektují.

V celkovém obrazu se tedy respondentky s postavami identifikovaly na základě emočních a behaviorálních projevů, na základě dobře vyobrazených specifických symptomů, jakými jsou sebevražedné tendence či pocity přítěže pro ostatní, a mezilidských interakcí s okolím a zejména s rodinou.

Zajímavé mi připadá i to, že ani jedna z respondentek v žádném směru nezmiňuje otázku genderu. Když popisují stavy, kdy se identifikovaly s Conradem nebo Leonardem, nikdy nevystala potíže s tím, že se ztotožňují s osobou opačného pohlaví. Je tedy možné polemizovat s názorem Callische (2001), jehož práce byla zmíněna v rešerši, který tvrdí, že postava, jejíž charakter dáváme klientům jako určité zrcadlo, by měla ve všech ohledech odpovídat co nejpřesněji základním charakteristikám klienta. Usuzujeme-li na základě našich

odpovědí, ukazuje se, že větší váhu má přesnost vyobrazení konkrétních symptomů, emočních prožitků a mezilidských interakcí.

5.3 Odstup od postav

Filmová terapie má jako jeden z cílů získání odstupů od svého problému. Tento odstup posléze usnadní rozšířit svůj náhled na problém, který klient řeší, případně osvojení nového návyku (Wedding & Niemiec, 2003). Téma odstupů jsme identifikovali i analýzou rozhovorů s našimi respondentkami.

V rámci zavádění filmové terapie do praxe však lze narazit na něco, co se na první pohled zdá ve vzájemném rozporu. Klientovi předkládáme postavu s problémem, u níž chceme, aby se s ní klient identifikoval. Zároveň však účelem této metody je i získat od svého problému odstup. Lze tedy mít zároveň dostatečný pocit identifikace s postavou a na druhé straně získat náhled na svůj problém?

„Vím, že mi vlastně ten odstup z pohledu diváka pomáhá. Ale zase si nejsem jistá ohledně slova „odstup“, protože já vlastně tu postavu prožívám a identifikuju se s ní. Ale myslím si, že když je to udělané dobře, může nastat obojí.“ (Klára)

Klára zde vystihuje podstatu dvou zdánlivě protichůdných procesů, které spolu však úzce souvisí. Nalezení ideální hranice mezi identifikací a odstupem napomáhají již zmiňované proměnné – dobře zahraná postava a věrné vyobrazení pocitů a symptomů.

Díky tomu, že všechny respondentky shodně tvrdí, že neměly problém jak s identifikací s postavami, tak se získáním nutného odstupů od problému, dá se říci, že taková hranice se najít dá a tyto dva procesy v rozporu nejsou.

5.3.1 Pohled do minulosti

„Já teď vlastně zpětně vidím, že rodiče se ke mně chovali dost hrozně. Vždycky jsem si myslela, že byli docela v pohodě, nebo takoví normální. Takhle díky tomu filmu ale vidím ty maličkosti, které se nakupily a že se mnou vlastně vůbec nejednali správně.“ (Klára)

Tento Klářin vhled ukazuje, že odstup můžeme získat nejen od vlastního chování, ale i chování okolí. Podobně jako u případu terapeuta v *Obyčejných lidech* nebo Leonarda v *Hodinách* tak můžeme získat ideální stav, ke kterému bychom mohli směřovat.

Opět je ale potřeba zmínit otázku kdy a jaké filmy v rámci metody vybírat. Později ještě více rozebereme to, že filmy nelze používat v akutní fázi, jak potvrzují tyto výroky:

„Tehdy jsem v tom byla hodně hluboko a ty filmy jsem přímo hltala. Snažila jsem se o nemoci zjistit co nejvíc a zároveň od toho získat právě ten odstup. Ve výsledku jsem se do toho ale nořila víc a víc a čím dál víc nad vším přemýšlela, takže ten efekt byl úplně opačný.“ (Anička)

„Já si pamatuju, že jsem to s filmy tehdy zkoušela. Nejen jako přijít na jiný myšlenky, ale vlastně vidět, jak to mají ostatní, jestli to prožívají stejně jako já. No ale v té nejhorší fázi to prostě nešlo, jen mi to přitížilo.“ (Jarka)

Ukazuje se, že pro získání kognitivního odstupů od problému je klíčové mít i odstup časový. Respondentky zde reflektují vlastní zkušenosti s tím, že v akutní fázi nemá smysl se pokoušet aplikovat filmovou terapii v klinické praxi, protože klient v takové situaci není z kognitivního ani emočního hlediska schopen takový zážitek zpracovat, ba naopak mu může ještě přitížit.

Klára ale nabízí i další zajímavý pohled:

„V té nejtěžší fázi jsem si připadala jako chudáček. Jako že nikomu na světě se nemůže dít něco takhle hrozného, že k nikomu jinému se rodiče nechovají takhle strašně. Tenhle film (Obyčejní lidé) by ale mohl lidem v té akutní fázi ukázat, že se to neděje jen jim, že v tom nejsou sami.“

Jedná se o velmi zajímavou myšlenku, která ale nabádá k velké opatrnosti. Víme, že nasazení této metody v akutní fázi může i uškodit. Zároveň i v této akutní fázi může být náhled na to, že se tato příkoří dějí i někomu dalšímu, velmi cenný a může člověku ulevit. S klidným svědomím však tuto aplikaci nelze doporučit, neb stále musíme brát v potaz závažný stav klienta, potenciální suicidální tendence, které mohou být ve filmu reflektovány a které by bylo příliš náročné v tomto stavu zpracovat bez případných rizik.

5.3.2 Náhled

„Ten pohled třetí osoby je tady strašně cenný. Díky tomu filmu jsem si vlastně uvědomila, že tam vůbec nějaký odstup je! Že už to je vlastně jakoby za mnou“ (Diana)

I na tomto výroku je vidět, jak cenná může být aplikace filmové terapie s odstupem času, když už jsou symptomy poruchy v remisi. Film tak může být užitečným nástrojem v uvědomění si, jaký pokrok klient má za sebou a k jak velkému zlepšení už došlo.

„V depresivní fázi člověk myslí hlavně na sebe a na svoje pocity, je těžké přemýšlet nad okolím. Tyhle filmy ale vlastně můžou ukázat, jak to prožívá to okolí, třeba tu sebevraždu toho Richieho nebo odchod od rodiny té Julianne Moore (Laura v Hodinách). Není to tak sebestředné a člověk to má z odstupu.“ (Julie)

„On je člověk vlastně tak trochu sobec v tom nejtěžším stavu. Má dost věcí, které musí řešit ve vlastní hlavě, natož aby přemýšlel o tom, jak to vidí okolí. Ale nějaký ty filmy můžou pomoci v tom vidět, jak to mají třeba ostatní. Protože netrpí jen člověk s tou depresí, ale i ty lidi okolo. Ten film tomu dobře nastavuje zrcadlo. Hlavně u toho Leonarda.“ (Anička)

„Vlastně je díky tomu vidět, že se to týká více lidí. I ty rodinné konflikty to ilustrují – ta deprese se podepisuje na všech, což si člověk sám často neuvědomí, ale díky tomu filmu může. Možná jakoby trošku depresivní stavy má i ten otec i matka (ve filmu Obyčejní lidé), kvůli tomu, jak trpí ten Conrad.“ (Jarka)

Zmiňovali jsme postavu Leonarda, manžela Virginie z filmu *Hodiny*. Ten je dobrým příkladem pro získání tohoto nadhledu. Ukazuje to, jaké emoce se mohou objevit u okolí a jak

náročné je tyto stavy zvládat, i když sami depresemi netrpí. Vedlejší postavy jsou k tomu vhodným nástrojem.

Pro depresivní stavy bývá charakteristické tunelové vidění. Zejména v akutní fázi člověk těžko uvažuje nad tím, co prožívá okolí, protože se veškeré myšlenky soustředí dovnitř. Odpovědi respondentek ukazují, že film může sloužit jako nástroj pro rozšíření tohoto zúženého vidění. Díky filmu se klient může snáz vžít do toho, co prožívá okolí, a snáze tak pochopit jejich jednání.

Deprese postihují i okolí, které není symptomy přímo zasaženo. Pro blízkou rodinu je také obtížné vidět, že někdo blízký trpí náročnými symptomy. Může se objevit vztek, smutek a další náročné emoce, kterých si člověk v akutní fázi u okolí nevšimne. Proto je zajímavé objevit další způsob, jak tyto emoce podat někomu, kdo je v akutní fázi u svého okolí nemohl vnímat.

5.4 Emoční prožitky

Díky identifikaci, jejíž dílčí aspekty byly z rozhovorů identifikovány výše, dochází u respondentek k určitým emočním prožitkům, které jsou předmětem jedné z našich výzkumných otázek.

Snažili jsme se zde přijít na to, jaké emoční prožitky se u respondentek objeví, když dojde k vcítění se do postavy. Je pravděpodobné, že emoce budou zrcadleny. Zároveň nás však zajímá, jestli toto zrcadlení bude mít úlevný efekt, nebo naopak dojde k vyvolání napětí, které neskončí ani s koncem filmu.

5.4.1 Úzkost

Ve filmu se objevují kritické momenty, o čemž naše respondentky věděly. Přesto však je náročné sledovat ve filmu postavu, která páchá sebevraždu. Nemluvíme pouze o lidech s depresivními symptomy, takové scény jsou náročné i pro většinové publikum. Pro lidi, kteří si však myšlenkami na ukončení vlastního života sami prošli, takový zážitek ale musí být o to silnější.

Film vlastně začíná i končí sebevraždou, což je dost náročné zvládat a film tak působí o to silněji. Paradoxně mi to ale asi pomohlo se do filmu víc vcítit. Nevím ale, co by to se mnou udělalo, kdybych v tom samém stavu byla já. ... Šla z toho na mě taková úzkost, ty pocity se mi trošku vracely. Taková stísněnost.“ (Julie)

„Při sebevraždě toho chlapa (Richie z filmu Hodiny) jsem úplně zalapala po dechu, jak to bylo náhlý. Nebylo mi z toho moc dobře.“ (Jarka)

Je logické, že ve filmu, který řeší depresivní stavy, se objeví nějaké zúzkostňující momenty. Správně zvolený film by však svého diváka neměl v tomto stavu nechat, měl by nabídnout možnost úlevy a rozřešení. To, že k úzkosti u respondentek dochází, je ale odrazem jejich angažovanosti v příběhu postav, což je jev ve filmové terapii žádoucí. Je ale důležité diváky z těchto náročných emočních stavů vyvést.

Ve filmu se však vyskytuje více kritických momentů a nemusí se jednat pouze o sebevraždu, ale i chvíle, které jsou podobné tomu, čím si respondentky samy prošly.

„Asi nejvíc nepříjemná situace byla, když jel otec ve vlaku a měl dvě vzpomínky. První, jak se dva jeho synové hádají o mikinu, taková normální situace. A pak jak Conrada vezou do nemocnice po jeho pokusu o sebevraždu. Nevím, nebyla to zrovna příjemná scéna. Nevím proč.“ (Monika)

Dále jsme se snažili přijít na to, z čeho plynou Mariiny úzkostné pocity právě z těchto scén. Uvažuje nad tím, že je možné, že jí to připomnělo něco z minulosti, ale konkrétní chvíle si nevybaví. Ukazuje nám to, že i když jsme jako terapeuti identifikovali možné kritické momenty ve filmu, nelze se vždy připravit na všechny eventuality, a vždy je tak potřeba být klientům nablízku pro ošetření těchto emocí.

„Myslím, že jakmile se ve mně ten film rozležel, už to pak bylo lepší. V průběhu toho filmu mě ta sebevražda zasáhla, ale pak nad tím člověk víc přemýšlí a ten celkový dojem je vlastně pozitivní, z těch postav a tak. U obou těch filmů.“ (Jarka)

Právě zde se Jarka dotýká součásti naší výzkumné otázky, tedy jak se emoce liší v průběhu filmu a po jeho skončení. Z literatury (Hesley & Hesley, 1998) víme, že filmy by neměly klienta v těžkých emocích nechat, ale měly by mu zároveň skrze rozřešení či optimistický konec poskytnout cestu ven a ventilaci těchto emocí. Jarka ukazuje, že u filmů v našem výzkumu se toto podařilo.

5.4.2 Smutek

„Působí to na mě někdy melodramaticky i díky hudbě, která hodně sází na melancholii, ale zas existenciální drama nebo silně depresivní film by byl na diváky moc velké sousto, takže rozumím, proč se tvůrci uchýlili k tomuhle zpracování“ (Marie)

„Oba ty filmy někdy působí dost stísněně a smutně. Možná je to i díky hudbě, celkovému vyznění. Šel na mě z toho takový smutek velký. Ale zase ne moc, jen tak, abych se na to prostě naladila. Asi lepší, než kdyby to byla komedie.“ (Diana)

Při výběru filmu je třeba pamatovat i na jeho kvality. Z těchto odpovědí vyplývá, že filmu se dobře daří držet jednotnou atmosféru, která není příliš optimistická, ani příliš depresivní. Oba tyto extrémy by dle vyjádření respondentek mohly působit příliš rušivě.

Ukazuje se tedy, že filmovým jazykem lze přenést na diváky emoční prožitek, který zažívá filmový charakter. Respondentky se i díky faktorům jako je hudba nebo atmosféra filmu dokázaly do postavy snáze vcítit a zrcadlit tak její emoce.

5.4.3 Vztek a frustrace

Vztek je emoce, která se objevuje napříč odpověďmi téměř nejčastěji. Zdroje tohoto vzteku se však odlišují a tato emoce se často objevuje i ve chvíli, kdy nijak nezrcadlí emoce charakteru ve filmu.

Zde navážeme na již zmíněnou citaci, kterou ještě rozvedeme.

*„Ta postava Meryl Streep (Clarissa v Hodinách) se strašně snaží. V tom jsem úplně viděla sebe! Nemyslí na sebe a pořád myslí jen na okolí a snaží se strašně moc. Chce to prostě všechno zvládnout, což nejde. A tohle mě úplně ... prostě s*alo! (smích) Vybavuju si, že jsem se chovala úplně stejně, pořád jsem se snažila a když to vidím takhle s odstupem, tak je to na pěst.“ (Klára)*

Zde se nám dohromady pojí identifikace s postavou a jejími behaviorálními projevy a zároveň potřebný odstup od jejího chování, což dohromady u Kláry vyvolává silnou emoční reakci a naštvání na sebe. Obraz Clarissy jí pomáhá uvědomit si, jak se sama chovala a jak se toužila chovat jinak. Na tomto příkladu je dobře vidět základní princip, na kterém filmová terapie stojí. Zde respondentka hněv obrací sama proti sobě a film je jakýmsi katalyzátorem. V následujících případech však vztek míří zejména směrem k filmu a jeho postavám.

*„Pardon za ten výraz, ale ta matka (film Obyčejní lidé) je prostě nechápavá pí*a. Snaží se až moc zaměstnávat svého syna, což s depresemi prostě nejde. Stydí se za to, že je ten syn nemocný a chodí k psychiatrovi. Absolutně na toho syna nemyslí a je to fakt kolosální pí*a.“ (Diana)*

I na upřímných vulgarismech je vidět, jak silné emoce v Dianě bouří. Dále popisuje, že ji vadí nepochopení Conradových problémů a bagatelizace problémů. Navazujeme tím tak na část 5.2.2. *Rodinné vztahy*, kde jsme psali o tom, jak silně identifikace s nechápavým okolím působí na respondentky po emoční stránce.

„Když jsem to viděla (chování matky v Obyčejných lidech), tak jsem byla hlavně strašně naštvaná. Dělo se mi to taky, ale v tu dobu jsem to tak nevnímala. Ale jak to mám takhle z odstupem, tak to ten vztek jakoby probouzí, že se tak ke mně chovali.“ (Jarka)

Opět zde vidíme vcítění se do postavy a díky odstupu uvědomění si skutečností z dřívějška. Objevuje se vztek, přestože v tu chvíli jej na plátně nikdo nezažívá. Stejné pocity už jsme popsali výše u Kláry, která také popisovala, že díky filmu si zpětně uvědomila to, že

rodiče se tehdy nechovali tak, jak by to ona potřebovala. Vztek to v ní ale nevyvolalo, dojem jí pouze přišel zajímavý.

„Dost mě štvalo ta máma. Na mě moje máma taky tak tlačila a když jsem viděla, že se to děje i u někoho jiného, tak to mě štvalo.“ (Julie)

„Manžel Virginie byl nechápavý blbec. On slyšel, ale neposlouchal. Virginie chce poukázat na to, že ve vztahu asi není spokojená, že touží po něčem jiném, ale on to nechce pochopit. Měla sem chuť ho profackovat, jak mě štvál (smích).“ (Diana)

*„Zase jsem si tam našla nějaké osobní téma, a tím je ta chladná matka. To mě úplně sra*o! Jak je prostě hrozně chladná vůči tomu Conradovi a vůbec na to nebere zřetel. ... Nebylo to příjemný vidět, jak se chovají. Vlastně mě to štvalo. Třeba ten táta (film Obyčejní lidé) se ze začátku strašně snaží, ale hrozně špatně. Že tím Conradovi škodí a to je hrozný přece.“ (Klára)*

Vztek se u respondentek objevoval zejména v souvislosti s reakcemi okolí. Vidíme, že to je téma, které v nich velmi rezonuje a vyvolává silné emoce. Možná právě proto, že většina uvedla, že se s pocity nepochopení ze strany rodiny silně identifikuje. Opět se zde potvrzuje klíčový proces spojující identifikaci, odstup a výsledný emoční prožitek.

„Cítila jsem se z toho občas trochu frustrovaně. Že se ty postavy snaží, třeba ta Laura a vlastně i ten Conrad, ale to okolí to prostě nechápe.“ (Jarka)

„Než smutná nálada u mě převládala velká demotivace, nechut' něco dělat, zároveň pocity naprosté neschopnosti a z toho plynoucí výčitky, že nic nezvládnu. Zároveň frustrace ze sebe sama. To se mi během filmu dost vracelo.“ (Monika)

Objevují se i pocity frustrace, které jsou výsledkem marného snažení postav ve filmu a zároveň připomínky vlastních pocitů z období akutní fáze depresivních symptomů.

5.4.4 Úleva a dojetí

Kdyby se však objevovaly pouze negativní emoce, filmová terapie by pravděpodobně neměla své místo mezi psychoterapeutickými metodami. Je důležité tyto emoce ventilovat, film tak musí splňovat to, že své diváky v těchto emocích nenechá, ale poskytne jim možnost emoce ze sebe dostat a zažít i emoce pozitivní.

„Dojala mě hodně scéna, kde hlavní postava (Conrad) objímá psychiatra a brečí. ... Ukazuje to, že se to vlastně řešit dá a že to ze sebe člověk může dostat. ... Ale nevím, jestli by to úplně přímo pomohlo třeba na tu depresivní náladu. Možná na chvíli.“ (Diana)

Zde vidíme uvolnění napětí na základě dojemného momentu ve filmu. Tato scéna je důležitá, protože v ní dochází ke katarzi, kdy si Conrad poprvé nahlas přizná všechny své emoce, což je v terapeutickém procesu vždy velký krok. S terapeutem jsou si v tu chvíli velmi blízko a Dianě tato scéna posloužila pro ventilaci negativních emocí tak, aby od filmu neodcházela se vztekem a frustrací.

„Je dobře, že si to na konci ten táta uvědomil a s tou matkou se rozvedl (Obyčejní lidé). Byla taky hodně dojemná ta scéna, jak se tam s tím Conradem na konci objímali a řekli si, že se mají rádi. Je dobře, že to tam bylo. Stejně tak to, jak si povídá ta Clarissa s tou Laurou a jak jí pak ta dcera obejmě. Že to vlastně může skončit dobře všechno, i když to trvá. To člověku dává naději. Možná by mi to pomohlo, když už bych na tom nebyla nejhůř.“ (Julie)

*„Film (Obyčejní lidé) končí dost zvláštně. Těžko říct, jestli dobře, nebo špatně, ale vlastně vcelku depresivně a matka byla pí*a od začátku až do konce.“ (Diana)*

Zde vidíme, jak se mohou u stejného filmu lišit výsledné dojmy. Skrze vulgarismy se dále promítá silný vztek u Diany, která zároveň konec filmu nepovažuje za veselý, přestože dojde k rozřešení a Conradův stav se zlepší. Naopak Julie vnímá konec jako pozitivní a úlevný. U Diany jsme dál pátrali po tom, co by nějakému rozřešení pomohlo tak, aby jí nepřipadalo depresivní, ale to by prý matka nesměla ve filmu vůbec být. Silná identifikace s těmito rodinnými konflikty dost možná zabránila výslednému úlevnému dojmu, což nám opět říká, že je důležité znát anamnézu klienta při doporučování snímku.

„Ty Hodiny, i když končí sebevraždou, tak vlastně skončí dobře. Že tý Lauře to ta Clarissa jakoby odpustí, že Richieho opustila, i když to byl jeden z důvodů, proč se zabil. Člověku to může dodat naději, že se to může zlepšit. Tu člověk v depresích absolutně nemá.“
(Jarka)

„Těžko říct, jestli by to pomohlo přímo na tu depresi. V té akutní fázi spíš ne, jak jsem říkala. Ale s odstupem možná jo, že člověk vidí, jak jsou na tom ostatní a že to může dobře dopadnout.“ (Anička)

„Spíš to tu nemoc představí, ale nejde to tak do hloubky. Je to vhodný hlavně pro okolí, ale přímo mně by to tehdy asi nepomohlo.“ (Monika)

Pozitivní konec tedy výslednému dojmu dodává optimistický tón, který by ve filmové terapii neměl chybět. Přestože klient v průběhu filmu prochází silnými negativními emocemi, neměl by odcházet s nimi, ale s pocitem, že v některých ohledech se věci mohou zlepšit, což se u Jarky povedlo.

Vidíme tedy, že kromě Diany, u které se nahromadil velký vztek, se konečný dojem dá označit za pozitivní. Negativní emoce, jako jsou vztek, frustrace či smutek většinou den či dva po filmu, kdy jsme vedli rozhovor, byly pryč a nahrazeny úlevným dojmem.

Respondentky se vyjadřují i o své představě o tom, jestli by filmy mohly pomoci přímo na zmírnění depresivních symptomů. Nepodařilo se v tomto směru zjistit jasné vyústění – část respondentek si myslí, že by to pomoci mohlo, zejména díky optimistickým závěrům a identifikaci s postavami. Některé respondentky si tedy myslí, že dodání optimismu a uvědomění si, že ostatní to prožívají stejně, by symptomy zmírnit mohlo. Jiné respondentky se domnívají, že by filmy mohly poskytnout pouze časově omezenou úlevu a nepůsobily by přímo na symptomy. Jedna z respondentek se domnívá, že filmy nejsou vhodným nástrojem přímo pro osobu se symptomy, ale pro okolí mohou být užitečné.

5.4.5 Ambivalence

„Ta identifikace může být hodně silná. V průběhu celého filmu se u mě objevovaly jak úzkosti, tak vlastně i pocit sounáležitosti. ... Pramenilo to asi z toho samého. Že někdo taky takhle trpí, že se mu to děje, ale zároveň že v tom já nejsem sama, že se to děje i někomu jinému.“ (Klára)

„Nedá se říct, že bych z toho měla jenom dobrý pocit, že to skončilo šťastně a všichni teď budou happy. Vlastně to často končilo i smutně, ale ty emoce se tam dost míchaly a člověka to dost donutí přemýšlet nad tím, co cítí teď a jak se cítil předtím.“ (Jarka)

Těžko můžeme zjednodušovat a prohlásit, že určité emoce se objevily v průběhu filmu a jiné se objevily na jeho konci. Z těchto výpovědí můžeme usuzovat, že emoční prožitky byly většinou ambivalentní, přičemž v celkovém obrazu nepřevažoval ani příliš negativní, ani příliš pozitivní dojem.

Často docházelo k zrcadlení emocí postavy na plátně, jak jsme uvedli na příkladu úzkostných pocitů a smutku. Zároveň se často objevovaly emoce, které přímo vycházely z dění ve filmu, ale nereflektovaly pocity postav, které zrovna interagovaly. Jedná se například o vztek po uvědomění si špatného chování vlastní rodiny v minulosti.

Velmi silně se u respondentek projevoval vztek, a to zejména v souvislosti s přístupem rodiny k nemocnému. Můžeme to dát do souvislosti s tím, že všechny respondentky se s pocitem nepochopení ze strany rodiny velmi silně identifikovaly, tím pádem se vztek mohl projevit o to silněji. Kromě Diany, na niž toto téma zapůsobilo velmi silně, ale žádná z respondentek neodcházela od filmu se vztekem jako převažujícím dojmem, neboť se u většiny z nich dostavila úleva či přímo dojetí.

5.5 Doporučení pro praxi

Výsledkem naší práce by v souladu s výzkumným cílem měla být doporučení pro zavedení filmové terapie do praxe. V textech jsme tedy identifikovali témata, která se věnují těmto praktickým radám na základě dojmů a zkušeností našich respondentek.

5.5.1 Ne v akutní fázi

„Strašně záleží na fázi, v jaké to klientovi pustíme. Určitě ne v nejtěžším období – člověk může mít silné sebevražedné myšlenky a film (Hodiny) může být dost návodný, dává trochu pocit, že sebevražda je řešení. Tehdy by mi to určitě běželo hlavou ještě víc.“ (Julie)

„Navíc hrozně záleží na tom, jak moc pokročilá nemoc je. Nejsem si jistá, zda to doporučit kvůli scéně s pohřbem ptáčka. Přijde mi, že to nechtěně idealizuje myšlenky na smrt. Jako by to Virginie silně prožívala, což ona prožívá, chápu ji, ale na citlivější pacienty to může mít efekt, že smrt je vlastně dobré řešení, že je to něco moc hezkého a lepšího, než život. Jen v klidu ležet a nic nevnímat, nemuset vůbec nic dělat. Není to zrovna scéna, která by je motivovala zpátky do života. Asi se to snaží ukázat, jak se lidé v depresi cítí, že život fakt nevnímají jako dar a je pro ně lepší odchod, ale tady to fakt působí, že smrt je něco hezkého, v protikladu k životu. Třeba se pletu, jen na mě to působilo, že bych si nejraději taky lehla, vypnula a už nikdy nic nemusela řešit, protože je to prostě fajn.“ (Monika)

„Ono je velmi těžké ustát sebevražedné myšlenky. V akutní fázi by to mohlo být velmi návodné, dává to pocit, že je to vlastně jedno z řešení. ... Zároveň by to ale třeba mohlo sloužit i jako odstrašující příklad? Nevím, ale v té nejtěžší fázi určitě ne. Jsem si skoro jistá, že tehdy by to mělo negativní efekt.“ (Anička)

„V tom nejtěžším stavu asi by to mohlo mít ten negativní efekt. Třeba při sebevražedných myšlenkách mi připadá, že by to ty lidi mohlo utvrdit v tom, že je sebevražda jediná volba.“ (Klára)

„Dovedu si představit, že tehdy by mě to dostalo ještě hlouběji do té deprese. Ted' tam mám právě ten odstup a vím, že z toho nejhoršího už jsem venku, ale tehdy by to fakt nebylo dobrý.“ (Jarka)

Shoda u všech respondentek nám dává vědět jasné doporučení pro praktické využití. Chceme-li využívat filmovou terapii u pacientů s depresivními symptomy, není vhodné takovou metodu užívat v akutní fázi. Je otázkou, do jaké míry jsou tato doporučení aplikovatelná pro širší populaci či jiné diagnózy, v rámci naší specifické skupiny je ale doporučení více než zřejmé a výpovědi respondentek vše podstatné shrnují.

Nemluvíme zde pouze o sebevražedných tendencích. Jarka se zmiňuje o tom, že film by ji prostě dál držel v depresivní náladě a nijak by jí z ní nepomohl, protože v akutní fázi není možné získat potřebný odstup. Ukazuje to i vyjádření Aničky, že v době, kdy jsou symptomy nejhůře zvladatelné filmy hltala, aby viděla, jak to mají ostatní, ale její stavy to pouze zhoršovalo.

*„Taky si nejsem jistá ve chvíli nějaký meganas*anosti. Kdybych viděla ty rodinné konflikty a uvědomila si, že naši se tak chovají, dovedu si představit, že bych je třeba odřízla ještě víc nebo bych třeba utekla. Nebo bych možná díky tomu odstupu viděla, že nejsem jediná, komu se to děje, a zlepšilo by se to. Nevím, těžko to teď posoudit.“* (Klára)

Na této odpovědi lze vidět, že odstup by paradoxně ve fázi hluboké deprese mohl situaci ještě zhoršit, poněvadž by si Klára ještě silněji uvědomila, v jak těžké situaci je. Z odstupu je těžké posoudit, jak se člověk by člověk v akutní fázi reagoval, ale všechny odpovědi se shodují v tom, že by bylo nasazení v takové chvíli minimálně riskantní, ne-li nebezpečné.

5.5.2 Film jako edukace

„Určitě by to mohlo takhle fungovat i u dalších nemocí, jen to nejsou asi úplně filmy, které ti vyloženě popisují, jak se ten člověk cítí. Spíš je to vlastně vysvětlení pro ostatní.“ (Diana)

Diana zde naráží na omezenou schopnost těchto filmů plně vyjádřit emoční prožitky postav. Proto jí využití filmu připadá vhodné jako edukační nástroj pro okolí. Viděli jsme, že lidé s depresivními symptomy se často setkávají s nepochopením ze strany rodiny a tím pádem pocitu viny, že sami dělají něco špatně. Proto je důležité i okolí vzdělávat o tom, co deprese jsou, jak se projevují a že se nejedná o lenost. O tom mluví i Monika:

„Upřímně, na seznámení s nemocí by to mohlo fungovat, nebo jako na pochopení vnitřního rozpoložení. Jinak mi bohužel přijde, že film klouže po povrchu, spíš se snaží odvyprávět příběh a nemoc je tam spíše v pozadí. Nepostihuje to všechny symptomy. ...

Filmovým divákům bez příznaků se ale depresivní prožitky těžko předávají, většinou si to vyloží jako smutek nebo lenost. Což bohužel tahle nemoc není. Kdyby tomu tak bylo, stačila by procházka nebo romantická komedie a antidepresiva by nikdo nepotřeboval, protože by se všem hned ulevilo. A ten film by právě ty prožitky právě předat mohl, pokud je to dobře udělané.“

„Ty filmy deprese vyobrazují hrozně věrně hlavně v těch rodinných vazbách a v tom, jak má člověk pocit, že obtěžuje okolí. A pro to okolí by byly ty filmy právě hrozně dobré, že by tohle rozpoložení pochopilo.“ (Anička)

Můžeme navázat na Solomona (2001), který filmy propagoval jako vhodný nástroj k představení nemoci a jejích projevů právě pro okolí. Respondentky reflektují, že toto využití by jim připadalo vhodné, zvláště u nemoci s tak vysokou prevalencí. Přesto je evidentně velmi těžké se empaticky vcítit do někoho, kdo má depresivní symptomy, a může se objevit necitlivé jednání vůči takovému člověku. Filmy by mohly sloužit k tomu, aby rodinu klienta vzdělaly v tom, čím si prochází a jak s takovým člověkem jednat.

5.5.3 Otevírání podnětů

„Přijde mi to strašně super hlavně pro zaléčené nebo pro ty, kterým to už ustupuje. Dovedu si to představit hlavně do skupiny. Když se někomu třeba nechce moc mluvit nebo neví, o čem by mluvil, tak tohle v tom podle mě může hodně pomoci.“ (Klára)

„Dovedu si představit, že někde třeba ve skupině by se to mohlo promítat a mluvit o tom. Že se potom snáz otevírá, když člověk má ten předobraz před sebou.“ (Julie)

„Určitě je to fajn na to, že to člověka donutí přemýšlet. Já si třeba uvědomila, co už mám všechno za sebou, to je něco, co mi předtím nedošlo, ale teď s odstupem to vidím. A tehdy by mi to přišlo dobrý třeba do skupiny, probrat to ve víc lidech a mluvit o tom, co je třeba podobně, co jinak a tak.“ (Jarka)

„Asi bych to doporučila nejen na deprese obecně, ale i na rodinnou terapii, protože komunikace v rodině hraje klíčovou roli.“ (Marie)

Otevírání podnětů je v literatuře jedním z charakterizovaných cílů filmové terapie a je zajímavé vidět, že k tomu došly i naše respondentky (Bertolino, 2001; Glasser, 2000). Reflektují to, že puštěné snímky usnadní klientovi popisování vlastních pocitů, protože mu dají předobraz, ze kterého se dá vycházet. Marie mluví i o tom, že jeden film nemusí mít pouze jeden směr využití. Právě film *Obyčejní lidé* doporučuje i do rodinné terapie, protože ho lze aplikovat pro různorodé rodinné konflikty, nejen pro rodinu potýkající se s depresí. V tom se Marie shoduje s Wolzovou (2020), která film také doporučuje do rodinných poraden.

V odpovědích je také časté doporučení cinematerapie do skupiny. Aplikaci filmové terapie v rámci skupiny doporučuje více výzkumníků (Abedin & Molaie, 2010; Kim, 2014; Powell et al., 2006) a naše odpovědi s tímto korespondují. Ve skupině se často najde někdo, pro koho je náročnější se otevřít a promluvit o svém problému. Zároveň třeba ani neví, o čem vlastně mluvit. Film proto díky postavám či interakcím může poskytnout mnoho podnětů k diskuzi.

„Myslím, že by se to dalo do té skupiny snadno zavést, protože je to vlastně levné, rychlé a dost přístupné díky tomu, že filmy má rádo hodně lidí. Za určitých podmínek myslím, že by to mohlo být velmi funkční. Dá se o tom vést dialog, slouží to jako takové to zrcadlo, člověku se pak můžou vracet nějaké vzpomínky. Do skupiny by to bylo skvělý.“ (Klára)

Klára zde vystihuje hlavní výhody filmové terapie. Za předpokladu, že jsou splněny všechny potřebné požadavky, jako je seznámení klientů s filmem a vysvětlení toho, proč jej používáme, tak posléze stačí jen televizor nebo plátno a film pak může posloužit jako podnět pro diskuzi ve skupině.

„Tomu přemýšlení o filmu napomáhá i to, jak o tom teď mluvíme. Když si to takhle řeknu nahlas, tak si to víc uvědomuju a víc to ve mně jakoby zůstává.“ (Jarka)

„Je dobrý si o tom takhle promluvit. Proto myslím, že v té skupině by to fakt mohlo mít velký uplatnění. Teď jak to popisuju, tak mi to pomáhá a dobře se mi o tom mluví.“ (Klára)

Jarka i Klára se zde dotýkají užitečnosti debriefingu. Ten bohužel nemohl probíhat ideální formou, tedy osobně a v rámci skupiny, nicméně i tak se ukazuje, jak je důležité nenechat klienty, aby si zážitek zpracovali sami, ale pomocí návodných otázek a naslouchání jim pomoci zážitek i náročné emoce zpracovat a utřídit.

5.5.4 Jaký film?

V rámci analýzy přepisů jsme došli i k tématu, jaký film je do této terapie vhodný. Názor na to u respondentek není jednotný, vzešly nicméně některé zajímavé podněty, které zde zmíníme.

„Jinak mi bohužel přijde, že film klouže po povrchu, spíš se snaží odvyprávět příběh a nemoc je tam spíše v pozadí. Nepostihuje to všechny symptomy.“ (Monika)

Monika v již zmíněné citaci mluví o tom, že film v rámci představení nemoci nejde příliš do hloubky a nezahrnuje všechny symptomy. Pro ni by v tomto případě bylo nápomocné, kdyby se film spíš než na příběh zaměřil na samotné deprese a předvedl by všechny symptomy. Pak ale vyvstává otázka, jestli by tím neutrpěla konstrukce filmového příběhu, protože víme, že i filmové kvality hrají roli v procesu identifikace se s charaktery.

„Myslím, že pomáhá i to, že ten film je dobře natočený. Jsou tam dobří herci, je to dobře a věrně napsané a celkově se na to dobře dívá a člověka to baví. Kdyby ten film byl nuda, tak bych se na to nesoustředila a bylo by pro mě těžké přemýšlet nad tím, co ty postavy dělají a jak se cítí.“ (Jarka)

„Ten film je dost zajímavý a upoutávající (Hodiny). Má to v sobě takovou hloubku, myšlenku a potenciál. U filmu Obyčejní lidé mi moc nevyhovuje doba, ve které se to odehrává. Nebo spíš stárí filmu. Ale to je asi jen tím, co se mi líbí a co ne.“ (Diana)

Při výběru filmů bychom podle tohoto názoru měli sahat po filmech, u nichž můžeme pomocí nějakého kritéria ověřit, že mohou být dobré. Existuje mnoho filmových serverů, kde se filmy hodnotí. Základem by ale vždy měla být rešerše formou puštění si filmu a seznámení se s ním, abychom odhadli, jestli má smysl ho klientovi doporučit.

5.5.5 Film jako úleva

„Záleží na tom, jaké filmy a jak pro koho. Podle mě je to dobré spíš k tomu, aby člověk myslel na něco jiného, a to si klidně může pustit jakýkoliv film, ale dost lidí upřednostňuje hudbu nebo seriály, takže je to takový blbý. Mně třeba víc pomáhají filmy nebo videa, pokud jde o nějaký problém, ale každý to má asi jinak. Ale nemyslím si, že filmy dokáží pomoci u nemocí, které nemají takovou tu příčinu, spíš u problémů, kdy spíš něco nechápeš nebo se s něčím snažíš vyrovnat.“ (Diana)

Diana zde naráží na jednu ze základních funkcí filmů obecně, na kterou upozorňoval už Solomon (1995). Filmy mohou pomáhat s úlevou od starostí a problému. Člověk se na chvíli dostane do života nikoho jiného a nemusí myslet na své problémy. Hesley (2000) však tímto směrem nabádá k opatrnosti, neboť proces sledování filmu v rámci cinematerapie a sledování filmu doma u televize za účelem zábavy je odlišný co se angažovanosti týče. Sledujeme-li film pro zabavení se, není nutné tak pečlivé soustředění a uvažování nad postavami a jejich motivací, jako když jej sledujeme v rámci terapie.

„Jak jsem mluvila o tom, že tehdy jsme filmy hodně hltala, abych viděla, jak to mají ostatní, tak to moc nepomáhalo. Ale občas pomohlo, když jsem si pustila nějaký film jen tak na upuštění páry. Ne přímo ty filmy o depresích, ale třeba nějakou komedii.“ (Anička)

O tomtéž mluví Anička. Mluvili jsme o našem zjištění, že filmy o depresivních symptomech není vhodné si pouštět v akutní fázi, neb tehdy by mohly napáchat víc škody než užitku. Zároveň však není na škodu si v této fázi pustit nějaký film za účelem, který Anička popisuje, i v této fázi. Pro člověka v hluboké depresi může na chvíli být velmi úlevné přemýšlet nad něčím, co ho nezatěžuje.

Pro přehlednost zde přinášíme i celkové zhodnocení, kterého se nám dostalo od některých respondentek.

„Takhle s odstupem myslím, že je to super. Pomůže mi to uvědomit si nějaký věci, třeba že se ten stav zlepšil a kolik jsem toho vlastně zvládla nebo to, jaký to muselo být pro tu rodinu. Ale zas to nemusí sednout každému, někdo třeba filmy moc nemusí.“ (Jarka)

„Myslím, že by to mohlo být super za nějakých okolností. Hlavně třeba pro zaléčené už do skupiny. Určitě ne v té akutní fázi, ale takhle s odstupem jo.“ (Klára)

„Ale nemyslím si, že filmy dokáží pomoci u nemocí, které nemají takovou tu příčinu, spíš u problémů, kdy spíš něco nechápeš nebo se s něčím snažíš vyrovnat.“ (Diana)

„Hlavně pro okolí by to využití mohlo být velmi dobré. Ukáže to, jak se ten člověk cítí a tu nemoc to představí trochu jiným pohledem.“ (Anička)

6. Odpovědi na výzkumné otázky

6.1 *Jaký emoční prožitek vyvolávají zvolené filmy s tematikou depresí u osob, které subjektivně prožívaly depresivní symptomy?*

Emoční prožitky se v průběhu filmu u respondentek měnily s tím, co se dělo ve snímku. U obou filmů najdeme v jejich průběhu náročné momenty, jako je sebevražda nebo rodinné konflikty. V reakci na tyto momenty se u většiny respondentek objevila úzkost, stísněné pocity a smutek. V tuto chvíli respondentky reflektovaly emoce charakterů ve filmu a díky identifikaci s postavou mohly cítit to, co cítí filmové postavy. Identifikace byla možná na základě dobře zahraných postav a věrně zobrazených symptomů. Respondentky také popisovaly, že tento proces byl usnadněn díky kombinaci identifikace a odstupu, který od problému získaly.

Velmi silně respondentky prožívaly vztek, a to zejména ve spojení s identifikací s rodinnými vztahy. Popisují, že stejně jako postavy ve filmu prožívaly pocity nepochopení ze strany rodiny a to, že rodina vlastně depresivní symptomy mnohdy ještě zhoršuje. Vztek v tu chvíli často nezrcadlil pouze emoce charakteru ve filmu, ale objevil se na základě identifikace s postavou a vzpomínáním na vlastní prožitky v době akutních depresivních stavů. Naopak často se zrcadlily pocity přítěže pro celou rodinu, a to právě na základě nevhodného chování rodiny vůči nemocnému.

S tím, jak film šel ke svému konci a postavy docházely k rozřešení či ukončení svého příběhu se emoce měnily. U většiny respondentek došlo k úlevě nebo dojetí, zejména u klíčových scén. Jsou jimi například setkání Conrada a terapeuta ve filmu *Obyčejní lidé*, kdy dochází k velkému uvolnění emocí u Conrada a následnému objetí s terapeutem. Dále u konečné scény, kdy si s otcem vyznají lásku a vzájemně si vyjádří své city. K uvolnění napětí a radostnému dojetí dochází i ve chvíli, kdy dcera Clarissy obejmou Lauru ve filmu *Hodiny*, čímž vyjádří pochopení pro její rozhodnutí odejít od rodiny, aby přerušila suicidální tendence.

V tomto směru tak s určitou opatrností vzhledem ke specifčnosti skupiny můžeme potvrdit, že v praxi probíhá proces identifikovaný v literatuře, tedy *identifikace, katarze a*

porozumění (Eğeci & Gençöz, 2017; McKenna et al., 2010). K identifikaci s postavami u respondentek docházelo a tento proces samy reflektují. Katarzi lze ve filmové terapii chápat i jako uvolnění napětí zásluhou odstupu, ke kterému dochází díky emočním prožitkům radosti a úlevy od negativních pocitů. Porozumění je zde možné díky debriefingu, o němž respondentky uvádí, že byl pro ně prospěšný. Všechny tyto procesy byly identifikovány v rámci analýzy témat rozhovorů.

Nejpozději dva dny po shlédnutí filmu vždy proběhl následný debriefing, který měl za cíl provést respondentky zážitkem, pomoci jim ho zpracovat a zároveň zjistit, jaké emoční prožitky v nich film zanechal s odstupem. Většina respondentek reflektuje úlevný či pozitivní celkový dojem z filmu a negativní emoce v nich dále nezůstávaly, vyjma silného vzteku u jedné z respondentek, který zůstal na základě silné identifikace s problémem s chladnou matkou ve filmu *Obyčejní lidé*.

Jedna z respondentek také reflektuje ambivalentní celkové dojmy, neboť v ní nadále zůstal pocit stísněnosti, který na ní dolehl díky silné identifikaci s postavou, ale zároveň úleva a radost, že film může mít řešení. Na základě tohoto rozporu však klientka uvádí, že jí tyto emoce pomohly získat potřebný odstup a podnítilo ji to k přemýšlení, což nás přivádí k následující výzkumné otázce.

6.2 Jakou představu mají respondenti o možném využití filmu v rámci terapie?

V souvislosti s touto otázkou se všechny respondentky shodují na tom, že aplikace cinematerapie by měla záviset zejména na stavu, ve kterém se klient nachází. Žádná z respondentek by s klidným svědomím nedoporučila tuto metodu v akutní fázi depresivních symptomů. Myslí si, že v takovou chvíli by filmová terapie mohla mít dokonce negativní efekt a mohla by uškodit. U klienta by se mohla totiž rozvinout hlubší depresivní nálada a v případě suicidálních myšlenek by tyto mohly nabrat na intenzitě, protože film v akutní fázi může působit tak, že sebevraždu předkládá jako možné řešení. Toto je tedy v případné aplikaci velkým rizikem.

Respondentky si však všímají, že s odstupem může být cinematerapie užitečná. Popisují, že si díky filmu uvědomují, jaký už mají od depresivních symptomů odstup a jaká práce za nimi je. Zároveň jim identifikace s pocity postav pomáhá v přemýšlení nad problémem díky zmíněnému odstupu. Proto by viděly využití v rámci otevírání podnětů v terapii, v čemž se shodují s literaturou (Bertolino, 2001; Glasser, 2000). Využití jim připadá praktické zejména ve skupinové terapii v rámci podnícení diskuze, kde tedy opět navazujeme na jiné výzkumníky (Abedin & Molaie, 2010; Kim, 2014; Powell, 2008). Díky postavám a interakcím, které jsou podobné reálnému životu, se může snáz otevřít někdo, pro koho je o svých problémech náročné hovořit.

Další využití bychom našli v rámci edukace okolí o stavech člověka s depresivními symptomy. Respondentky si všímaly, že film dobře předává informace o emočních prožitcích člověka s depresemi, zároveň však reflektuje obvyklé nepochopení těchto prožitků ze strany rodiny. Filmy by proto v reakci na tento fenomén mohly být předkládány pro představení těchto prožitků a toho, jak se člověk s depresivními symptomy cítí. Ve filmech je vidět, že depresivní symptomy se netýkají jen jednoho člověka, ale sekundárně postihují i blízké okolí, a film dle odpovědí může toto divákům dobře předat.

Nezapomínají ani na původní smysl filmů, kterým je člověka zabavit a na chvíli mu poskytnout úlevu od běžných starostí, kterými můžou být právě i depresivní symptomy. K tomu však není vhodné využívat film, který se zabývá tematikou depresí.

7. Diskuze

Tato kapitola pojednává o procesu našeho výzkumu. Podíváme se na metodologii kritickým okem tak, abychom si byli vědomi všech nedostatků a prostorů pro zlepšení. Zaměříme se na sběr respondentů a dat od nich, průběh rozhovorů, dále vezmeme v potaz nutnost modifikace výzkumu. Popíšeme zde i naše osobní dojmy a pocity z průběhu práce. Domnívám se, že i tyto patří do pojednání o výzkumu, protože na jeho podobu jistě měly nějaký vliv. Následně se zaměříme na výsledky naší práce a srovnáme je s přístupnou literaturou na toto téma.

Vzhledem ke specifickému tématu, které je v České republice málo probádané a charakteru výzkumných otázek, které míří na zkušenost a emoční prožitky, jsme zvolili kvalitativní metodologii, konkrétně metodu IPA. Hlavním zdrojem pro sběr dat proto na základě této metody byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor koncipovaný tak, aby přiléhal k výzkumným otázkám.

Výběr respondentů probíhal většinou formou *sebevýběru*, jedna z respondentek byla vybrána skrze *účelový výběr* přes svého psychiatra. Respondentky se ozývaly na základě výzvy vyvěšené na sociální síti Facebook ve skupině *Přiznání psychiatrických pacientů*. Jsme si vědomi toho, že toto není ideální forma pro sběr dat. Původním záměrem bylo respondenty vybírat pouze na základě účelového výběru přes instituce a jednotlivé psychiatry, což bylo bohužel znemožněno kvůli epidemické situaci. Na formě sebevýběru přes Facebook jsme se tedy dohodli s vedoucí práce jako na poslední možnosti, kdy jsme vyčerpali možnosti předchozí. V průběhu dvou měsíců jsme oslovili šest psychiatrických nemocnic, dále sedm Center duševního zdraví a čtyři denní stacionáře. Domluva byla mnohdy velmi náročná, na odpovědi jsme čekali dlouho a většinou nešlo navázat spoluprací. Zkoušeli jsme tato zařízení oslovovat jak elektronickou formou, tak po telefonu, ale pokud se nám vůbec odpovědi dostalo, byla zamítavá. Například v psychiatrických nemocnicích by spoluprací se svými klienty musela schválit místní etická komise, jejíž činnost však je v době covidu pozastavená. Dá se předpokládat, že ostatní zařízení rovněž spíše než spoluprací se studenty raději řešila to, jak ochránit své klienty před covidem. Po několikátýdenním snažení jsme tak přestoupili k výběru přes sociální síť, neboť epidemická situace v zemi se nezlepšovala.

Přes sociální síť se podařilo několik respondentek sehnat. Uvědomujeme si, že konečný počet šesti respondentek není nikterak vysoký. Pro metodu IPA, která je idiograficky zaměřená, se jako ideální počty udávají čísla okolo deseti (Řiháček et al., 2013). Víme proto, že naše výsledky mají jen velmi omezenou zobecnitelnost, a to jen na velmi specifickou skupinu žen mladší a střední dospělosti, která subjektivně prožívala depresivní symptomy. Naším záměrem bylo pracovat s respondenty obou pohlaví napříč věkovými kategoriemi. To posléze nebylo možné, proto jsme velmi opatrní při interpretaci našich výsledků a uvědomujeme si jejich omezenou platnost. Můžeme ale označit za výhodu to, že respondentky navázaly spolupráci na základě vlastního rozhodnutí bez možnosti odměny, což dává najevo jejich vysokou motivaci se výzkumu zúčastnit.

Tento nedostatek jsme se snažili vykompenzovat zvýšením reliability a validity našeho výzkumu dle IPA metodologie (Řiháček et al., 2013). Konkrétně se jedná o transparentní postup práce, formulace hloubkového rozhovoru tak, aby úzce korespondoval s výzkumnými otázkami, a v neposlední řadě pečlivou selekcí respondentů, kteří na výzvu zareagovali. Zejména pro jejich ochranu, ale i pro homogenitu skupiny jsme byli nuceni vyřadit ty, kteří vykazovaly více než mírné depresivní symptomy dle BDI-II (Beck et al., 1996).

Co se týče sledování snímku a následných rozhovorů, náš záměr se opět lišil od výsledného provedení. Dle doporučení předešlých výzkumníků (Abedin & Molaie, 2010; Duncan et al., 1986; Powell et al., 2006) jsme chtěli film promítnout společně většímu počtu respondentů a následně vést skupinovou diskuzi o filmu, přičemž nejpozději dva dny poté by proběhl individuální rozhovor. Toto kvůli vládním nařízením nebylo možné, proto si každý respondent pustil film sám doma a skupinovou diskuzi jsme museli zrušit. Právě skupinovou diskuzi výzkumníci i naše respondentky identifikují jako potenciálně velmi přínosnou a proto je škoda, že jsme toto nemohli provést. Snažili jsme se proto dbát na správné vedení rozhovoru, který musel proběhnout přes telefon. To nám alespoň umožnilo oslovit respondenty z celé republiky a nebyli jsme tak omezeni lokací.

Žádná z respondentek nechtěla, aby rozhovor proběhl přes ZOOM či Skype, proto jsme jej vedli po telefonu. Respondentky uvedly, že je to pro ně takto komfortnější. Je otázkou, jak to ovlivnilo autenticitu odpovědí. Opdenakker (2006) k tomuto uvádí, že autenticita odpovědí po telefonu se ve srovnání s rozhovorem face-to-face příliš neliší a tato

forma může být výhodná, chceme-li oslovit větší množství respondentů. Zvláště se pak hodí pro práce fenomenologicky zaměřené, poněvadž pro respondenty může být snazší mluvit o náročných zkušenostech, když ví, že přitom nejsou vidět.

Je třeba říci, že problémy nastaly i při dostávání filmů k respondentům. Nejprve bylo třeba najít platformu, na které jsou filmy zdarma ke sledování, což se naštěstí podařilo. Následně však několik respondentek mělo problémy se spuštěním daného filmu a bylo třeba daný problém vyřešit hned, poněvadž si respondentky na film vyhradily volný čas, kterého je dnes u každého nedostatek. Nakonec se však vše úspěšně podařilo.

Zpětně si také uvědomuji, že mnohdy bylo náročné vést rozhovor po telefonu. Pracuji v telefonické krizové intervenci a mám pocit, že rozhovor se s touto oblastí často prolínal. Samozřejmě jsem se držel daných otázek, ale bylo znát, že respondentky jsou plné dojmů a často se rozhovory ubraly velmi zajímavým směrem k jejich symptomům a jak je během své akutní fáze prožívaly. Byly to velmi poutavé a zajímavé rozhovory, nicméně jsem musel najít hranici mezi tím, co je ještě důležité pro výzkum a kdy je citlivé respondentky zastavit v jejich ventilaci. Věřím však, že toto se mi nakonec povedlo, neboť všechny respondentky při závěrečném zhodnocení hodnotily průběh rozhovorů kladně.

Svou roli také určitě sehrál výběr filmu. Z literatury víme, že je potřeba vybrat film na základě klientovy anamnézy tak, aby v základních rysech odpovídal jeho příběhu a jeho symptomatice (Berg-Cross et al., 1990). My jsme vybírali film tak, aby obecně pracoval s charaktery s depresivními symptomy, konkrétní aspekty se však mohly lišit, což mohlo znesnadnit identifikaci s postavami. Pokud bychom však brali v potaz některé výsledky našeho výzkumu, pak tolik nezáleží na tom, aby film odpovídal ve všech ohledech, ale hlavně v základní tematice, což naše filmy splňují i na základě doporučené literatury (Solomon, 2001; Wolz, 2020).

Poměrně nesnadné bylo i identifikování klíčových témat v rámci rozhovorů s respondentkami. Měli jsme identifikována kritéria výběru, a to na základě bohatosti tématu, jeho četnosti a korespondenci s cílovými otázkami. Transkripty rozhovorů jsou však poměrně rozsáhlé a často bylo obtížné určit, do jaké míry se dané téma může promítat do výsledků výzkumu. Neměli jsme k dispozici žádný program, který by s transkripty pracoval, jako je

například DeDoose nebo Atlas, neboť tyto jsou placené. Proto jsme pracovali hlavně s vlastní analýzou a poznámkami vpisovanými do textu. Protože se jedná o kvalitativní šetření, do analýzy se vždy promítne i subjektivní pohled výzkumníka. Abychom zvýšili reliabilitu našeho šetření, analýzu transkriptů vlastní rukou jsme provedli dvakrát a poté jsme hledali průniky mezi oběma výslednými výstupy.

Do finální podoby našeho výzkumu nejvíce zasáhla epidemická situace v zemi. Od října, kdy mělo probíhat původní shánění respondentů pomocí účelového výběru, se situace v zemi nadále zhoršovala a viděli jsme, že tak nemá nadále smysl vyčkávat, proto jsme se rozhodli pro online formu. Těžko soudit, kolik respondentů by se povedlo účelovým výběrem přes psychiatry a instituce sehnat, nicméně bychom alespoň měli autoritou potvrzeno, že symptomy respondentů jsou v remisi a že se potýkají s depresivní poruchou. Takto jsme byli odkázáni na slovo respondentů a naše cílová skupina jsou tak ženy v mladém a středním věku, které v posledních pěti letech subjektivně prožívaly depresivní symptomy. Dle jejich slov se každá s depresivními symptomy léčila, nemáme to však potvrzeno druhou stranou. I tak se dá naše skupina označit za dostatečně homogenní pro výzkum.

Naše výsledky jsou tak zobecnitelné jen na tuto specifickou skupinu, přesto si dovolíme srovnání s předchozími výzkumy na toto téma.

V rámci výzkumných otázek jsme chtěli přijít na to, jaké emoční prožitky se objeví u osob, které subjektivně prožívaly depresivní symptomy, když budou sledovat film, kde jsou tyto symptomy předávány. Ukázalo se, že do určité míry emoce u respondentek zrcadlily emoce filmových charakterů, a to díky identifikaci s nimi. Procesy identifikace s postavou a zrcadlení jejích emocí se vzájemně ovlivňují a dá se říci, že přímou úměrou. V tom se shoduje náš výzkum s rešeršemi předešlými (Mangin, 1999; Turley & Dreyden, 1990).

Mezi emoční prožitky, které zrcadlily pocity postav ve filmu, patřil zejména vztek, a to při identifikaci s rodinnými problémy, dále úzkostné pocity opět při konfliktech a scénách se sebevraždou. Objevuje se i smutek, kterému dopomáhal i filmový jazyk, např. hudba či atmosféra filmu. Ke konci filmu u respondentek docházelo k potřebné úlevě těchto negativních pocitů, a to v souvislosti se scénami, kdy dochází k alespoň částečnému vyřešení problémů postav ve filmu.

Zajímavé je však to, že u našich respondentek se občas objevily emoce, které nevycházely z emocí postavy, ale výhradně z vlastních zkušeností, které jim připomínalo dění na plátně. Toto se dělo zejména v souvislosti se silnou identifikací s rodinnými konflikty v rodině, pocity nepochopení a chladného jednání ze strany rodičů. Buď to byl silný vztek na sebe za to, jak se respondentka chovala v době depresí, nebo vztek na okolí za to, jak se chovalo vůči respondentkám. Tento jev popisuje i Raingruber (2003), nicméně ten mluví pouze o jevu, kdy se film shoduje s vědomými vzpomínkami. Naše respondentky nicméně popsaly jev, kdy se jim díky filmu vybavily vzpomínky, na něž s odstupem získaly jiný názor a tím pádem se objevil i nový emoční prožitek. Právě filmy někdy pomohly si respondentkám uvědomit, že okolí se nechovalo tak, jak by to v akutní fázi potřebovaly, a to vyvolávalo zmíněný vztek či smutek. Tento proces jsme nezachytili v rámci rešerší ani u jednoho výzkumu, proto nám toto zjištění připadá zajímavé a stálo by za to mu věnovat více prostoru v dalších výzkumech. Dá se tedy říci, že u respondentek se objevují emoce, které zrcadlí dění ve filmu, případně emoce, které vyvstávají na základě připomínky vlastních zkušeností.

Potvrzuje se i to, že správně vybrané filmy poskytují nejen podněty k vyvolání emocí, ale i k jejich uvolnění. Většina respondentek mluví o tom, že film jim poskytl potřebný prostor k tomu zpracovat potenciálně negativní emoční stavy, jako je vztek či úzkost ze sebevražedných scén, a to díky úlevnému a nadějnému konci. Konkrétně se jedná o scénu odpuštění Laure ve filmu *Hodiny* a objetí a vyznání lásky mezi Calvinem a Conradem ve filmu *Obyčejní lidé*. V tomto se tedy shodujeme s výstupy Dermerové a Hutchingsové (2000) a Hesleyho (2000), kteří tvrdí, že základem cinematerapie je správně vybraný film, který k těmto procesům dává prostor a nenechává klienty v těžkých emocích, a navazujeme na Molaieho a další (2010), kteří tento jev úlevy negativních pocitů s koncem filmů pozorovali ve své skupině klientů s depresivními symptomy.

V tomto směru správně vybrané filmy musí v terapii nechat prostor jak procesu identifikace s postavou, tak odstupu od problému. Naše respondentky se shodují, že právě odstup od problému z pohledu diváka jim pomohl jak se zpracováním negativních emocí, tak se získáním náhledu na tuto problematiku. Pro lidi s depresivní symptomatikou by toto mohlo být nápomocné v tom směru, že by získali náhled na své chování a viděli by, že nemusí dělat nic špatně proto, aby se ze strany rodiny setkali s nepochopením. Filmy tak mohou sloužit ke

zmírnění jednoho ze symptomů, a to pocitů viny, které mohou být velmi intenzivní, přesto nepodložené. V tomto směru tak navazujeme na úvahy Moorea (1998) a Schulenberg (2003), kteří v získání náhledu na vlastní emoce vidí jeden z hlavních přínosů cinematerapie, a zároveň se shodujeme s výsledky Shina (2018), který pracoval rovněž s respondentkami mladé a střední dospělosti a u nichž díky identifikaci a náhledu došlo ke snížení pocitů viny, tedy jednoho ze symptomů depresí.

Otázky mířily i na potenciální využití filmové terapie v praxi. V tomto směru nejsilnější dojem zanechávají odpovědi mluvící o tom, že zavedení filmové terapie v akutní fázi depresivních symptomů by bylo nejen neúčinné, ale i potenciálně škodlivé. V tomto směru najdeme shodu u všech respondentek. Problém vidí zejména v možných suicidálních tendencích, které se často v nejtěžší fázi objevují. Filmy mohou pro někoho s takovými tendencemi sloužit jako podněty k tomu se pro sebevraždu rozhodnout, tvrdí naše respondentky. Ve všech směrech se tak shodují s dosavadními výzkumy na toto téma, které nedoporučují filmovou terapii v akutní fázi jakékoliv nemoci (Baruch, 1990; Berg-Cross et al., 2020; Sharp et al., 2002; Solomon, 2001). S ohledem na tato zjištění je třeba znovu zmínit etické principy naší práce – pro navázání spolupráce s respondenty bylo třeba, aby aktuální depresivní symptomy u respondentů byly maximálně na hodnotě mírné a neobjevovaly se u nich sebevražedné tendence. Chtěli jsme tak předejít riziku, že u respondentek dojde k dekompenzaci.

Dalším výsledkem našeho výzkumu lze označit identifikovaný přínos v oblasti otevírání nových podnětů. Respondentky se shodují v tom, že filmy mohou být velmi účinné nástroje do terapie pro někoho, pro koho je náročné o svých problémech hovořit. Díky filmovým postavám a představení tématu depresí jinou optikou je pak snazší o problémech hovořit zároveň film může poskytnout nové incentive do diskuze. Opět se v tomto shodujeme s dosavadními poznatky (Bertolino, 2001; Glasser, 2000; Mangin, 1999; Marsick, 2010; Moore, 1998; Schulenberg, 2003). Zároveň si naše respondentky všimají, že tento jev by mohl být účinný nejen v individuální terapii, ale zejména ve skupině, v čemž rovněž navazujeme na dřívější literaturu, kde v praxi bývá filmová terapie aplikována většinou jako skupinová (Kim, 2014; Molaie et al., 2010; Shin, 2018).

Díky zmíněné silné identifikaci respondentek s pocity nepochopení ze strany rodiny a následnému silnému vzteku, který z identifikace vycházel, si většina z nich uvědomuje přidanou hodnotu filmové terapie nejen v rámci klinické psychologie, ale i rodinné terapie. Proto jim užití této metody připadá vhodné i pro řešení rodinných konfliktů, neboť filmy podle nich dobře dokážou ostatním předat pocity a potřebu vzájemné funkční komunikace. Opět docházíme ke shodě s výzkumníky před námi, kteří v této oblasti rovněž viděli potenciál filmové terapie a kteří často tuto metodu v rodinném poradenství přímo užívají (Dermer & Hutchings, 2000; Egeci & Gençöz, 2017; Hesley & Hesley, 1998; Heston & Kottman, 1997).

Částečně se tato možnost aplikace cinematerapie prolíná s další oblastí, kterou je edukace. Naše respondentky uvádí, že filmy by mohly dobře sloužit pro okolí nemocného. Účelem by zde bylo danému člověku představit projevy nemoci a částečně mu usnadnit vžít se do pocitů člověka s depresivními symptomy. Tento poznatek souhlasí s doporučením Solomona (2001), který edukaci uvádí jako jednu z hlavních funkcí filmové terapie.

Došli jsme i ke zjištění, že pro respondentky bylo užitečné vidět, jaký vztah měl ve filmu *Obyčejní lidé* Conrad se svým terapeutem. Respondentkám to dalo cíl, ke kterému je možné směřovat a uvědomily si díky tomu, co by pro ně bylo užitečné v terapii. V tomto ohledu navazujeme na Duncana a další (1986), kteří tento film uvádí jako vhodný pro demonstraci ideálního vztahu mezi klientem a terapeutem.

Vzhledem ke specifickému problému naší skupiny, kterým jsou dříve subjektivně prožívané depresivní symptomy, naše otázky mířily i na hypotetickou úvahu o tom, zda by filmy mohly pomoci i ve zmírnění těchto symptomů. Výzkumy nám ukazují, že některé příznaky depresí filmová terapie může ovlivnit směrem do remise, a to zejména depresivní náladu a pocity beznaděje (Abedin & Molaie, 2010; Kwon & Lee, 2017; Shin, 2018). Z řady našich respondentek však nevzešel jasný konsenzus. Část respondentek se domnívá, že zmírnění depresivních symptomů je na cinematerapii příliš velké sousto, stejně velká druhá část to považuje za možné, ale pouze s časovým odstupem a rozhodně ne v akutní depresivní fázi. Tato otázka byla hypotetická a v rámci výzkumu jsme neměřili, jestli došlo k poklesu depresivních symptomů i u respondentek, neboť všechny tyto respondentky vykazovaly v měření BDI-II mírné symptomy. Jedna z našich respondentek nicméně poukazuje na to, že některé filmy by mohly pomoci i v akutní fázi depresivních symptomů na jejich zmírnění. To

by dle ní bylo možné kvůli odstupu získanému díky filmu – klient, který vidí jiného člověka ve filmu trpícího stejně závažnými symptomy, by tak mohl na své symptomy získat cenný dojem, že ve svém trápení není sám.

Kdybychom měli shrnout naše výsledky, pak se ukazuje, že náhled na filmovou terapii je u naší specifické skupiny pozitivní a dají se najít směry, ve kterých by filmová terapie mohla pomoci. Víme, že v zahraničí jde o metodu užívanou v různých oblastech psychoterapie, které jsme v průběhu celé práce představovali. Filmová terapie má tak poměrně širokou paletu užití, je proto škoda, že v České republice jde o metodu nikterak zevrubně probádanou.

Dovedeme si představit mnoho směrů, kam by se další výzkumy mohly ubírat. Už kvůli nedostatečné užívanosti filmové terapie v našich končinách by bylo dobré zaměřit příští výzkumy na možnosti užití této metody, ať už se jedná o klinickou populaci nebo například právě rodinné poradenství. Prvním krokem v tomto směru by mohlo být vydání rozsáhlejší publikace v českém jazyce vycházející ze zahraniční literatury, která by místním odborníkům filmovou terapii představila. Další možnosti jsou pak nasnadě – výzkumy zaměřené na účinnost filmové terapie, vycházející ze zahraničních zkušeností. Ověření její účinnosti například v rámci skupin denních stacionářů či denního programu v psychiatrických zařízeních, kde by mohla být aplikace poměrně jednoduchá. Užitečné by mohly být i kazuistiky z individuální praxe. Konkrétní výzkumy je těžké navrhnout, poněvadž filmová terapie má širokou škálu možného užití. Kdybychom však chtěli pokračovat ve směru nastaveném touto prací, určitě bychom zkusili oslovit více respondentů skrze instituce a psychiatry v praxi. Následně bychom s těmito psychiatry dál pracovali a v rámci triangulace obohatili náš výzkum i o rozhovory s odborníky o možném využití této metody v praxi, neboť se ukazuje, že filmová terapie může být v celém terapeutickém procesu nápomocná.

8. Závěr

Filmová terapie a její působení na prožívání lidí s depresivními symptomy je ústředním tématem této práce. Proto jsme se zprvu zaměřili na základní poznatky, které o filmové terapii máme. Představili jsme její počátky a to, jak se etablovala na poli metod v psychoterapii v posledních dekáдах. Zároveň jsme představili to, jaké využití filmová terapie může mít, za jakých okolností je vhodné ji užít a kdy se to naopak nehodí. Dále jsme pojednali o depresích obecně, srovnali jsme symptomy na základě MKN i DSM a představili jsme dosavadní poznatky o tom, jak je možné propojit filmovou terapii a zmírnění depresivních symptomů.

Na základě této teoretické části jsme stanovili výzkumné otázky, na něž jsme hledali odpovědi skrze výzkum představený v empirické části, která následovala. Zaměřili jsme se na zkušenost lidí, kteří subjektivně prožívali depresivní symptomy, a na to, jak na ně filmy zvolené jako vhodné na základě literatury budou působit po emoční stránce. Dále jsme se zaměřili na to, jak si naši respondenti představují možné využití této metody v praxi. Představujeme i to, jak jsme byli nuceni výzkum modifikovat s ohledem na aktuální vládní nařízení.

Mohli jsme potvrdit dosavadní zjištění o užtích filmové terapie a navázali jsme tak na dostupnou literaturu. Zjistili jsme, že u respondentek docházelo k silným pocitům identifikace s postavami ve filmu, zároveň si ale dovedly udržet dostatečný odstup, díky čemuž došlo k úlevě od negativních emocí, které v průběhu filmu vyvstávaly. Ty se objevovaly zejména v souvislosti s rodinnými konflikty, které byly ve filmu dobře znázorněny a respondentky se s nimi ztotožňovaly. Silně se respondentky identifikovaly i s depresivními symptomy jako jsou úzkostné pocity, depresivní nálady či pocity, že obtěžují okolí svými problémy. U většin respondentek pak došlo k potřebné úlevě od těchto negativních emocí.

Jako hlavní doporučení pro praxi vidí přihlédnutí k fázi, ve které se klient zrovna nachází. Všechny respondentky se shodují na tom, že filmová terapie není vhodná pro akutní fázi depresivních stavů, a to kvůli riziku suicidálních myšlenek nebo hlubšího propadnutí se do depresivní nálady. Respondentky se neshodly na tom, jestli by film mohl být využíván pro

zmírnění depresivních symptomů. Jedna strana tvrdí, že by to mohlo pomoci na zmírnění depresivní nálady díky dodání optimismu a pocitu sounáležitosti, druhá strana je opatrnější v tom, že na tak komplexní problematiku filmy nestačí a mohou pomoci pouze jako krátkodobá úleva. V celkovém zhodnocení ale filmovou terapii hodnotí respondentky kladně, využití vidí zejména ve skupinové terapii pro otevírání podnětů a podnícení diskuze.

Respondentky uvádí, že díky filmům získaly potřebný odstup a uvědomily si, jak moc se jejich symptomatika zmírnila. Tento odstup ale některým posloužil i jako zdroj vzteku, neboť si díky němu uvědomily maladaptivní chování, které se u nich objevovalo ze strany rodiny v době akutní fáze depresivních stavů. I díky zaměření filmů na to, jak depresivní symptomy u blízké osoby vnímá rodina okolo, respondentky také jako možné užití filmové terapie vidí v rámci rodinného poradenství. V tomto směru za užitečné respondentky považovaly i edukativní funkci filmů – dle nich by dobré filmy mohly okolí předat to, co člověk s depresivními symptomy cítí a prožívá.

9. Bibliografie

- Abedin, A., & Molaie, A. (2010). The effectiveness of Group Movie Therapy (GMT) on parental stress reduction in mothers of children with mild mental retardation in Tehran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 988-993.
- Adams, E. R., & McGuire, F. A. (1986). Is laughter the best medicine? A study of the effects of humor on perceived pain and affect. *Activities, Adaptation, and Aging*, 8, 157 - 167.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1208, 67-71.
- Arfani, S. (1. Březen 2018). The Schizophrenia in The Main Character of A Beautiful Mind movie Directed by Ron Howard. *Wanastra: Jurnal Bahasa dan Sastra* 10(1), stránky 9-16.
- Aries, M. B., Aarts, M. P., & van Hoof, J. (7. Listopad 2013). Daylight and health: A review of the evidence and consequences for the built environment. *Lighting Research & Technology*, 47(1), stránky 6-27.
- Avildsen, J. G. (Režisér). (1984). *Karate Kid* [Film].
- Beck, A. T., & Brad, A. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., S. R., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory, second edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (10. Červen 2010). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal Of Personality Assessment* 67(3), stránky 588-597.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 42, 61-65.
- Becker-Haimes, E. M., Okamura, K. H., Wolk, C. B., Rubin, R., Evans, A. C., & Beidas, R. S. (2017). Predictors of clinician use of exposure therapy in community mental health settings. *Journal of anxiety disorders*, 49, 88-94.
- Berg-Cross, L., Jennings, P., & Baruch, R. (11. Prosinec 1990). Cinematherapy: Theory and Application. *Psychotherapy in private practise*, stránky 135-156.

- Berman, A. (1946). Audio-visual psychotherapeutics. *Psychiatric Quarterly*, 20, 197-203.
- Bertolino, B. (2001). Lights, camera, action!!! Making new meanings through movies. V H. G. Rosenthal, *avorite counseling and therapy homework assignments: Leading therapists share their most creative strategies* (stránky 43-46). Philadelphia: Taylor and Frances.
- Boggs, J. M. (1991). *The art of watching films*. Mountain View: Mayfield Publishing.
- Callisch, A. (2001). From reel to real: Use of video as a therapeutic tool. *Afterimage*, 29, 22-25.
- Cameron, J. (Režisér). (1997). *Titanic* [Film].
- Cohen, J. L., Johnson, L. J., & Orr, P. (2015). *Video and Filmmaking as Psychotherapy: Research and Practice*. New York: Routledge.
- Cuijpers, P., Koole, S., Van Dijke, A., Roca, M., Li, J., & Reynolds, C. (2014). Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 268-274.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Daldry, S. (Režisér). (2002). *The Hours* [Film].
- Davidson, J. R. (2010). Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in America and Europe. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 4-24.
- Dermer, S. B., & Hutchings, J. B. (2000). Utilizing Movies in Family Therapy: Applications for Individuals, Couples and Families. *The American Journal of Family Therapy*, 163-180.
- Dorow, M., Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Preferences for Depression Treatment Including Internet-Based Interventions: Results From a Large Sample of Primary Care Patients. *Frontiers in Psychiatry* (9), 181-201.
- Duncan, K., Beck, D., & Granum, R. (1986). Ordinary People: Using a popular film in group therapy. *Journal of Counseling & Development*, 65(1), 50-51.
- Eğeci, S. İ., & Gençöz, F. (2017). Use of cinematherapy in dealing with relationship problems. *The Arts in Psychotherapy* (53), 64-71.
- Farrell Bowen, E. E. (2006). *The power of film: A model for the use of group cinematherapy in the therapeutic treatment of clinically depressed adolescents*. Durham: University of New Hampshire, Master's Theses and Capstones.

- Fleming, M. Z., Piedmont, R. L., & Hiam, C. M. (1990). Images of Madness: Feature Films in Teaching Psychology. *Teaching of Psychology*, 17(3), 185-187.
- Frueh, B. C. (1995). Self-administered exposure therapy by a Vietnam veteran with PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1831-1832.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. New York: Harper Collins.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire: NFER Nelson.
- Hébert, T. P., & Speirs Neumeister, K. L. (6. Leden 2001). Guided Viewing of Film: A strategy for Counselling gifted teenagers. *Journal of Advanced Academics*, stránky 224-235.
- Hermida, A. P., Glass, O. M., & Shafi, H. &. (14. Červen 2018). Electroconvulsive Therapy in Depression, Current Practice and Future Direction. *Psychiatric Clinics*, 41(3), stránky 341-353.
- Hesley, J. W. (2000). Reel Therapy. *Psychology Today* 33(1), 54-57.
- Hesley, J., & Hesley, J. (1998). *Rent two films and let's talk in the morning: Using popular movies in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Heston, M. L., & Kottman, T. (1997). Movies as Metaphors: A Counseling Intervention. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 92-99.
- Howard, R. (Režisér). (2001). *Čistá duše* [Film].
- Hye Seung, C., & Diffrient, D. S. (2015). *Movie Migrations: Transnational Genre Flows and South Korean Cinema*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Christie, M., & McGrath, M. (1989). Man who catch fly with chopstick accomplish anything: Film in therapy: The sequel. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 10(3), 145-150.
- Jackson, P. (Režisér). (2001). *Pán prstenů: Společenstvo Prstenu* [Film].
- Jurich, A. P., & Collins, O. P. (1996). 4-H night at the movies: A program for adolescents and their families. *Adolescence*, 31, 863-875.
- Katz, E. (1945). A social therapy program for neuropsychiatry in a general hospital. *Psychological Bulletin*, 42, 782-789.
- Katz, E. (1947). Audio-visual aids for mental for mental hygiene and psychiatry. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 43-46.

- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (1. Březen 2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Heal* 34, stránky 119-138.
- Kim, H. G. (2014). Effects of a Cinema Therapy-based Group Reminiscence Program on Depression and Ego Integrity of Nursing Home Elders. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(4), 233-241.
- King, J. E., Jebeile, H., Garnett, S. P., Baur, L. A., Paxton, S. J., & Gow, M. L. (1. Říjen 2020). Physical activity based pediatric obesity treatment, depression, self-esteem and body image: A systematic review with meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity* (19), str. 100342.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada.
- Kulka, J. (2008). *Psychologie umění*. Praha: Grada Publishers.
- Kwon, H., & Lee, S. J. (13. Červen 2017). *The Effect of a Movie-based nursing intervention program on rehabilitation motivation and depression in stroke patients*. Načteno z J Korean Acad Nurs: <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.345>
- Lampropoulos, G. K., Kazantzis, N., & Deane, F. P. (2004). Psychologists' use of motion pictures in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35,, 535-541.
- Lanza, M. L. (1996). Bibliotherapy and beyond. *Perspectives in Psychiatric Care*, 32, 12-14.
- Lappin, J. (1997). *Two thumbs up: A supervisor's guide to the use of films*. Boston: Allyn and Bacon.
- Larson, S. G. (2006). *Media & Minorities: The Politics of Race in News and Entertainment*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Lehr, F. (1981). Bibliotherapy. *Journal of Reading*, Vol. 25, 76-79.
- Lincová, D., Farghali, H., & al., e. (2007). *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. vydání. Praha: Galén.
- Lutz, C. E. (1978). The Oldest Library Motto: ψυχὴς Ιατρεῖον. *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*, 36-39.
- MacMullan, H. (Režisér). (1946). *Combat fatigue: Irritability (Dokument)* [Film].
- Mangin, D. (27. Květen 1999). *Cinema Therapy: Salon*. Načteno z Salon: https://www.salon.com/1999/05/27/film_therapy/
- Marrs, R. W. (1995). A Meta-Analysis of Bibliotherapy Studies. *American Journal of Community Psychology*, 843-870.

- Marsh, H. W., & Richards, G. E. (1988). Tennessee Self Concept Scale: Reliability, internal structure, and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(4), 612-624.
- Marsick, E. (15. Prosinec 2010). Film Selection in a Cinematherapy Intervention With Preadolescents Experiencing Parental Divorce. *Journal of Creativity in Mental Health*, stránky 374-388.
- McKenna, G., Hevey, D., & Martin, E. (2010). "Patients' and providers' perspectives on bibliotherapy in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 497-509.
- Mikscheová, K. (2010). *Film jako druh umění a prostředek terapie*. Brno: Masarykova univerzita, filosofická fakulta.
- Mohamad, M. M., Sulaiman, N. L., Sern, L. C., & Salleh, K. M. (24. Srpen 2015). Measuring the Validity and Reliability of Research Instruments. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (204), stránky 164-171.
- Molaie, A., Abedin, A., & H. M. (2010). Comparing the Effectiveness of Group Movie Therapy (GMT) Versus Supportive Group Therapy (SGT) for Improvement of Mental Health in Grieving Adolescent Girls in Tehran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 832-837.
- Moore, C. (1998). The use of visible metaphor in logotherapy. *The International Forum for Logotherapy*, 21, 85-90.
- Morais, E. M., Moreira, P. R., & Winkelmann, E. R. (2020). Movie watching during dialysis sessions reduces depression and anxiety and improves quality of life: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 10488.
- Mulder, R., Hamilton, A., Irwin, L., Boyce, P., Morris, G., Porter, R. J., & Malhi, G. S. (2018). Treating depression with adjunctive antipsychotics. *Bipolar disorders* (20), 17-24.
- Newton, A. K. (1995). Silver screens and silver linings: using theatre to explore feelings and issues. *Gifted Child Today* 18, 14-19.
- Niemiec, R. M. (6. Červen 2020). Character strengths cinematherapy: Using movies to inspire change, meaning, and cinematic elevation. *Journal of Clinical Psychology*, stránky 1447-1462.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon.

- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., & Gaynes, B. N. (1. Prosinec 2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine* (151), stránky 793-803.
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 40-53.
- Peake, T. H., & Steep, A. E. (2004). *Therapy with older couples: Love stories—the good, the bad, and the movies*. New Jersey: Wiley.
- Portadin, M. A. (2006). *The use of popular film in psychotherapy: Is there a 'cinematherapy'?* Massachusetts: Massachusetts School of Professional Psychology, United States-Massachusetts.
- Powell, M. (2008). *Cinematherapy as a Clinical Intervention: Theoretical Rationale and Empirical Credibility*. Pittsburgh: Theses and Dissertations - Missouri Southern State College .
- Powell, M. L., & Newgent, R. A. (2010). Improving the Empirical Credibility of Cinematherapy: A Single-Subject Interrupted Time-Series Design. *Counseling Outcome Research and Evaluations*, 40-49.
- Powell, M. L., Newgent, R. A., & Lee, S. M. (2006). Group cinematherapy: Using metaphor to enhance adolescent self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, 247-253.
- Qin Xiang, N., Venkatanarayanan, N., & Yih Xian Ho, C. (1. Březen 2017). Clinical use of Hypericum perforatum (St John's wort) in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, stránky 211-221.
- Raingruber, B. (2003). Integrating aesthetics into advanced practice mental health nursing: Commercial film as a suggested modality. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 467-495.
- Redford, R. (Režisér). (1980). *Ordinary people* [Film].
- Rosenthal, T. L., & Steffek, B. D. (1991). Modelling Methods. V F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein, *Helping people change: A textbook of methods* (stránky 70-121). Boston: Allyn and Bacon.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Savina, E., Coulacoglou, C., & Sanyal, N. (22. Červen 2011). The study of externalizing and internalizing behaviours in Greek, Russian, Indian, and Chinese children using the Fairy Tale Test. *School Psychology International*, stránky 39-53.

- Segen's Medical Dictionary. (3. Listopad 2011). *Cinema Therapy*. Načteno z Segen's Medical Dictionary: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Cinema+Therapy>
- Sharp, C., Smith, J. V., & Cole, A. (1. Červenec 2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. *Counselling Psychology Quarterly*, stránky 269-276.
- Shin, K. A. (2018). Effect of the Cinema Therapy Program for Middle-Aged Women with Depression. *Journal of Digital Convergence*, 16(10), 511-522.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 33, No. 1., 35-48.
- Schultz, H. T. (2005). Hollywood's Portrayal of Psychologists and Psychiatrists: Gender and Professional Training Differences. *Psychology of women book series. Featuring females: Feminist analyses of media*, 101-112.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications.
- Solomon, G. (1995). *The Motion Picture Prescription: watch this movie and call me in the morning*. Santa Rosa: Aslan Publishing.
- Solomon, G. (2001). *Reel therapy: How movies inspire you to overcome life's problems*. New York: Lebhar-Friedman Books.
- Stejskalová, M. (2013). *Psychoterapie uměním*. Praha: Pressto Publishing.
- Stejskalová, M. (2020). *Psychoterapie uměním - cesta ke klientovi*. Praha: Institut psychoterapie uměním.
- Světová zdravotnická organizace. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace.
- Světová zdravotnická organizace. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Světová zdravotnická organizace.
- Thompson, K., & Bordwell, D. (2009). *Film History: An Introduction, 3rd Edition*. New York: McGraw-Hill.
- Turley, J. M., & Dreyden, A. P. (1990). Case study: Use of a horror film in psychotherapy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(6), 942-945.
- Wedding, D., & Niemiec, R. M. (27. Leden 2003). The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, stránky 207-215.
- Welter, P. R. (1995). *Logotherapy-Intermediate "A": Franklian psychology and logotherapy*. Abilene: The Viktor Frankl Institute of Logotherapy,.

- Wolz, B. (1. Prosinec 2020). *Therapeutic Themes and Relevant Movies*. Načteno z ZUR Institute: <https://www.zurinstitute.com/movie-therapy/#top>
- Zhu, Y., Kiros, R., Zemel, R., Salakhutdinov, R., Urtasun, R., Torralba, A., & Fidler, S. (2015). Aligning Books and Movies: Towards Story-Like Visual Explanations by Watching Movies and Reading Books. *Proceedings of the IEEE International Conference on Computer Vision (ICCV)* (stránky 19-27). Las Condes: Computer Vision Foundation.

Příloha 1. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Výzkum je prováděn v rámci zpracování diplomové práce na katedře psychologie Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Výzkum se zaměřuje na zjištění toho, jak mohou filmy pomáhat v terapii deprese. Probandi po seznámení s výzkumem vyplní BDI-II pro zjištění aktuálního stavu depresivních symptomů, následně si během dvou týdnů sami doma v určených podmínkách pustí dva filmy dané výzkumem. Nejpozději dva dny po posledním promítnutí s nimi bude veden polostrukturovaný rozhovor na téma emočního prožitku při sledování filmu a jeho možného využití v terapii.

Průběh rozhovoru bude nahráván a ze zvukového záznamu bude následně pořízen doslovný přepis, který bude dále analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici pouze autorovi práce. Doslovný přepis bude důsledně anonymizován tak, aby byla zaručena anonymita a ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a aby nebylo možné tyto osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat. Zvukový záznam a doslovný přepis budou k dispozici pouze pro autora práce, po vyžádání pro členy obhajoby a oponentury, a po vyhotovení a obhájení práce budou smazány. Doslovné citace částí anonymizovaného doslovného mohou být v práci využity.

Prohlášení:

- Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a dalších souvisejících informací. Všechny informace poskytuji vědomě a dobrovolně
- Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem
- Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru a dalších informací mohou být i osobní a citlivé záležitosti a obtížná témata
- Rozumím tomu, že nemusím odpovídat na obtížné nebo nepříjemné otázky
- Rozumím tomu, že mohu zrušit svou účast na výzkumu

Jméno a příjmení:

Datum a souhlas:

Příloha 2. Nabídka spolupráce na výzkumu

Nabídka spolupráce na výzkumu pro diplomovou práci *Působení filmů na prožívání a jejich využití v terapii deprese*

Bc. Marek Mičke

Představení práce: *Práce si klade za cíl zjistit, jak lidé, kteří byli diagnostikováni depresivní poruchou, aktuálně se nacházející ve stavu remise, hodnotí sledování filmů, které se depresí zabývají – jestli má sledování filmů možné využití v terapii a jak sledování těchto filmů působí na jejich prožívání. Inspiruje se zahraničními studiemi, které pojednávaly o tomto tématu. Ty naznačují, že filmy mohou sloužit jako vhodný nástroj k otevírání podnětů u klienta v rámci terapeutického procesu.*

Výzkumem bude kvalitativní šetření stojící na semistrukturovaných rozhovorech s lidmi, kteří subjektivně prožívají depresivní symptomy a aktuálně se nacházejí ve stavu remise. Všem probandům budou v intervalu dvou týdnů puštěny dva nedokumentární filmy zabývající se depresí. Vzhledem k aktuální situaci bude pouštění snímků i vedení rozhovorů vedené online formou. Filmy budou vybrány na základě konzultací a předchozích rešerší. Následně s probandy budou vedeny semistrukturované rozhovory zaměřené na to, jaké emoce v nich sledování filmu vyvolává, jaké dopady má na jejich prožívání, jaké zážitky v nich sledování filmů zanechává a jestli vidí přínos sledování filmů pro terapii.

Výstupem výzkumu i celé práce by mělo být zjištění toho, jak lidé s depresivními symptomy hodnotí možný přínos filmů zabývajících se depresí v terapii, jaká v tomto vidí rizika a jak působí film na jejich prožívání.

Požadavky:

- Prožívání depresivních symptomů v posledních pěti letech/diagnostikovaná depresivní porucha
- Aktuální remise depresivních symptomů – symptomy jsou na ústupu
- Zájem o filmy obecně

Co spolupráce obnáší:

- Vyplnění Beckova inventáře pro měření aktuálních symptomů deprese (online, cca 10 minut)
- Rozhovor o tom, co výzkum obnáší a jak bude probíhat (online/telefonicky, cca 0,5 h)
- Shlédnutí dvou filmů v rozmezí 14 dnů (online, filmy 97 + 124 minut)
- Výstupní rozhovory (cca 0,5 - 1 h)
- Konečný termín výstupu je do konce března

Kontakt:

- Marek Mičke
- m.micke@centrum.cz
- 739 089 404

Příloha 3. Výzva na sociálních sítích

Ahoj všem. Končím studium a v rámci diplomové práce bych rád oslovil lidi, kteří se v posledních pěti letech léčí/léčili s depresivní/depresivně-úzkostnou poruchou, aktuálně se symptomy na ústupu. Jediné další kritérium je, aby daní lidé měli rádi filmy. Všechno by proběhlo online, jde o puštění si dvou filmů a následný pohovor. Pokud by to někoho zaujalo, budu moc rád, pokud byste se ozvali na mail diplomkafilm@centrum.cz Moc díky!